

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ARTHRITE SUPPURÉE
A GONOCOQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUYER Paul-Auguste

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né le 11 Mars 1879, à Void (Meuse)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. GROSS	professeur . .	Président.
		ROHMER	professeur . .	
		MICHEL	agrégé	Juges.
		COLLIN	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER
4, QUAI CHOISEUL, 4

1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ARTHRITE SUPPURÉE
A GONOCOQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Mars 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROUYER Paul-Auguste

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né le 11 Mars 1879, à Void (Meuse)



Examineurs de la Thèse :

MM. GROSS

ROHMER

MICHEL

COLLIN

professeur . . . *Président.*

professeur . . .

agrégé } *Juges.*

agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O , I .

Assesseur : M. BERNHEIM, , I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, , I ; NICOLAS, I ; PRENANT, I .

Professeurs

Clinique médicale	M. BERNHEIM,  , I  , professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O  , I  , professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER,  , I  , professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS,  , I  , professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I  , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I  , professeur.
Anatomie descriptive	M. ANGEL, A  , professeur.
Physiologie	M. MEYER, I  , professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne	M. SIMON, I  , professeur.
Histologie	M. BOUIN, A  , professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I  , professeur.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I  , professeur.
Médecine légale	M. PARISOT, I  , professeur.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I  , professeur.

Professeurs-adjoints

Clinique d'électrothérapie	M. GUILLOZ, I  ,
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I  .

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I  , agr. lib. ch. du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER,  , I  , agr. lib. ch. du cours
Accouchements	M. SCHUHL, I  , agr. lib. ch. du cours
	M. FRÉLICH, I  , agr. lib. ch. du cours
Fondation de l'Université { Clinique d'orthopédie	M. GUILLOZ, I  , prof. adj. ch. du cours
	M. JACQUES, A  , agr. lib. ch. du cours
	M. ANDRÉ, A  , agr. lib. ch. du cours.
	M. PARIS, A  , chargé du cours.
	M. HOCHÉ, A  , agr., chargé du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I  .	MM. RICHON, A  .	MM. COLLIN.
L. SPILLMANN, A  .	G. GROSS, A  .	DUFOUR, A  .
MICHEL, A  .	FRUHINSCHOLZ, A  .	SENCERT.
HOCHÉ, A  .	WEBER, A  .	ROBERT, A  .

Agrégés libres

MM. REMY, A , FÉVRIER, , I , ETIENNE, I ,
ZILGIEN, A , FRÉLICH, I , SCHUHL, I , JACQUES, I , ANDRÉ, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , I , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE LE D^r ROUYER

*Bien faible témoignage de ma grande affection et de
ma reconnaissance pour les sages conseils que j'ai
toujours reçus de lui.*

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

A MON ONCLE ET A MA TANTE ROUYER

A MON ONCLE ET A MA TANTE HUTIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PRÉFACE

C'est depuis l'année 1781 surtout, que les relations étroites qui existaient entre la blennorrhagie et les inflammations articulaires furent mises en évidence par Selle (*Medicina Clinica* Berlin 1781) et Swiedaur (*London Medical Journal* 1781). Un peu plus tard avec Hunter en 1786 (*Traité des maladies vénériennes*) la question fut remise sur le terrain et depuis lors, nombre d'auteurs en ont parlé dans divers écrits : Foucard, Ricord, Brandes, Rollet, Fournier, Diday, sont dans la deuxième partie du XIX^e siècle, parmi les plus autorisés qu'il faille citer. Mais si l'accord est fait sur ce point, sur cette coïncidence fréquente de l'arthrite avec la blennorrhagie, il n'est que relativement peu d'auteurs qui aient attiré l'attention sur la forme articulaire purulente au cours de la gonococcie. D'aucuns même ont nié cette suppuration. C'est frappé d'une part par cette complication que nos recherches nous ont fait trouver comme assez fréquente et d'autre part par le cas qu'il nous a été donné d'observer à la clinique de M. le

Professeur Gross que, sur ses conseils, nous avons cru utile de réunir un certain nombre d'observations à l'appui de ce fait pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous diviserons notre sujet comme il suit :

Chapitre I. — Aperçu historique.

Chapitre II. — Généralités.

Chapitre III. — Observations.

Chapitre IV. — Anatomie pathologique.

Chapitre V. — Symptômes.

Chapitre VI. — Diagnostic.

Chapitre VII. — Pronostic.

Chapitre VIII. — Traitement.

Conclusions.

Mais, avant d'entrer en matière, nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte ici de remercier ceux d'entre nos Maîtres qui ont pris durant le cours de nos études une part active à notre éducation médicale.

Nos remerciements iront d'abord à Monsieur le Professeur Gross qui dès notre entrée à la Faculté de Médecine s'est intéressé à nous. Comme externe nous avons eu l'honneur de pouvoir être affecté à son service : c'est alors qu'il a redoublé de bonté pour nous et que nous avons pu juger de sa haute compétence en matière chirurgicale en même temps que de sa grande sagacité opératoire. Par la suite encore il a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience. Aussi n'est-ce pas sans un très grand plaisir que nous assurons Monsieur le Professeur Gross de toute notre gratitude et de nos sentiments dévoués.

A l'école et sous la direction de Monsieur le Professeur Spillmann on apprend à faire de la pratique et on profite d'excellentes leçons de clinique interne. Nous avons pu passer une année tout entière de notre externat à son service médical et nous n'avons qu'à nous louer de la grande bienveillance dont il ne s'est jamais départi envers nous : Nous ne l'oublierons pas et nous lui en saurons toujours obligation.

Monsieur le Professeur agrégé Schühl nous a fait participer tant aux cours qu'à la Maternité à son enseignement si net et si précis : nous l'en remercions bien vivement.

Nous garderons le meilleur souvenir des cliniques si instructives et si pleins d'à-propos de M. le Professeur Rohmer, des savantes conférences de Pathologie interne de M. le Professeur Simon et des intéressantes conférences médico-légales de M. le Professeur Parisot.

MM. les Professeurs agrégés Michel, G. Gross, André, Hoche, ont été pour nous des maîtres très accueillants : Nous ne saurions trop leur prouver notre reconnaissance.

Notre ami le Professeur agrégé Collin, nous donne une nouvelle marque de sympathie en acceptant de siéger à notre Jury : nous y sommes très sensible et formulons en retour nos meilleurs vœux pour l'avenir de sa carrière professorale.

Merci encore à M. le Dr Barthelémy, Chef de Clinique Chirurgicale, qui ne nous a pas ménagé ses judicieux avis et son aide pour la rédaction de notre thèse.

Quant à notre parent Edmond Henry, Professeur à

l'Ecole Nationale des Eaux et Forêts, il a bien des titres à notre reconnaissance : nous tenons à cette place à le remercier et à lui dire que nous nous souviendrons toujours de ses bonnes attentions.

CHAPITRE I

APERÇU HISTORIQUE

La possibilité de la suppuration d'une articulation au cours de la blennorrhagie est chose établie, bien que tous ne l'aient pas admise.

Ainsi Rollet dit quelque part dans ses œuvres : « Le rhumatisme vulgaire suppure quelquefois, le rhumatisme blennorrhagique jamais ».

Vœlker (Th. de Paris, 1868) écrit à ce sujet : « Il n'existe pas un seul fait bien authentique de cette terminaison ».

En 1869, Fournier déclare que jusqu'à cette époque il n'en a pas rencontré.

Malgré ces allégations peu nombreuses d'ailleurs, il est incontestable que l'arthrite blennorrhagique suppurée existe.

Déjà, Foucart, en 1847, prononce le mot de suppuration comme terminaison possible de l'arthrite blennorrhagique.

En 1848, Ricord dit qu'un des modes de terminaison de l'arthrite blennorrhagique est « par suppuration intra ou extra-capsulaire ».

Dès 1862 (Bull. soc. chir.) Bauchet donne la relation d'une observation d'arthrite blennorrhagique suppurée du coude.

Vers 1866, Lasègue et Diday admirent et s'attachèrent à démontrer que le rhumatisme blennorrhagique est une forme pyohémique atténuée.

Fournier, dans un article intitulé : Contribution à l'Etude du rhumatisme blennorrhagique in Annales de dermatologie et de syphiligraphie (1869) cite un cas de suppuration articulaire d'origine blennorrhagique qui serait, dit-il, « quant à présent et à ma connaissance un fait unique », bien des autres n'étant selon lui que des faits présumés.

Thibaudet, dans sa thèse de Lyon, dit : « Qu'Holmès a observé en 1870, à l'infirmerie de Bristol, un malade atteint de chaude-pisse et d'arthrite, qui fut pris de symptômes fébriles suivis d'une grande douleur avec gonflement du genou droit. En quelques jours la partie inférieure de la cuisse fut envahie par le pus échappé de la synoviale rompue... ».

En 1874, Lorey publie dans le *Progrès Médical* le compte rendu de l'autopsie d'une femme chez laquelle on a trouvé une inversion des organes thoraciques et abdominaux. Au cours de l'histoire de cette femme, il est relevé incidemment que celle-ci était atteinte de vaginite blennorrhagique et qu'on constata chez elle des arthrites purulentes dans deux jointures.

Talamon (Revue mens. de méd. et de chir., 1878), a

analysé des cas d'arthrite suppurée. On y lit l'histoire d'un homme attaqué par du rhumatisme blennorrhagique, mourant de la maladie, un abcès s'étant formé et ayant été suivi de symptômes d'infection purulente. Un peu plus loin, il s'agit d'un malade observé par le professeur Eulenburg, dans le service du professeur Bardeleben : arthrite double avec inflammation purulente consécutive à une blennorrhagie uréthrale. Et Talamon multiplie les exemples dont quelques-uns, plus ou moins probants, sont quand même des arguments ou tout au moins des appoints en faveur de la purulence.

En 1881, Brun in Thèse de Paris, écrivait qu'à l'exemple du professeur Lasègue, il serait tout enclin « à faire de l'arthrite blennorrhagique une arthrite pyohémique, ce que les recherches hématologiques récentes tendent de jour en jour à confirmer, mais ce que la constatation simultanée d'un microbe de la chaude-pisse dans le pus uréthral et dans l'épanchement intra ou péri-articulaire permettra seule d'affirmer catégoriquement ». Cette constatation a été faite dans plusieurs des observations que nous donnons.

« En 1882, le professeur Landouzy a pu se convaincre par la ponction, de la purulence du liquide d'une arthrite sterno-claviculaire blennorrhagique », est-il indiqué dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* de 1894 : arthropathies blennorrhagiques par le docteur L. Thérèse.

En 1884, Chotier constatait dans sa Thèse de Paris que « le rhumatisme blennorrhagique a de la tendance à la suppuration ».

De Lapersonne, dans sa Thèse d'agrégation (Paris 1885-86), parle d'arthrites gonococciques suppurées.

En 1886, Hall, cité par Parizeau (Th. de Paris 1895-96), trouve du pus dans un genou, l'examine et y reconnaît le gonocoque.

Viennent ensuite des thèses : C. C. M. Jouis (Paris 1890-91), Patoir (Lille 1892-93), Filippi (Paris 1892-93), Marcel Sée (Paris 1895-96), Brès (Paris 1897-98), Gâchon (Montpellier 1897-98), Langlois (Paris 1897-98), Fabre (Lyon 1899-00), Ch. Laurent-Gauthier (Lyon 1901-02), qui, écrites sur des sujets attenant à la blennorrhagie, à l'arthrite ou à l'arthrotomie, mentionnent des cas de suppurations articulaires gonococciques.

Dans la séance du 24 mars 1893 (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris), Rendu publie un cas d'arthrite purulente chez une femme atteinte de blennorrhagie.

L'année suivante, Lassalle (Nouveau Montpellier médical) fait de même.

Malherbe, de Nantes, en 1896, cité par Kiril T., Ilieff, dans sa thèse de Nancy, 1900, signale aussi cette éventualité.

En 1901, Dieulafoy disait dans son Manuel de Pathologie interne (13^e édition) : « L'épanchement de ces arthrites peut être séro-fibrineux, séro-purulent ou franchement purulent ».

Enfin, à Nancy, et dans l'espace de quelques années, il est quelques observations à notre connaissance : celle d'abord recueillie au service de M. le professeur Gross (Obs. I), observation faisant le point de départ de notre

travail, une datée 1906 qui nous a été offerte obligeamment par M. le professeur Spillmann, deux autres éditées dans une thèse relative à l'arthrotomie, inspirée par M. le professeur agrégé André (Kiril T., Ilieff, Nancy, 1899-00).

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS

Au cours de la blennorrhagie, il peut se produire entr'autres manifestations, des inflammations articulaires qui atteignent une ou plusieurs jointures.

Le cas est plus fréquent de voir un seul article intéressé, et cette seule localisation compte parmi les arguments invoqués pour séparer du rhumatisme ordinaire, l'arthrite de la blennorrhagie. Cependant si cette localisation unique se rencontre davantage (nombre de nos observations en témoignent), d'autres cas se trouvent où on note l'envahissement de plusieurs articles en même temps (telles les observations II, IV, XI, XVIII).

Les manifestations articulaires passent par différents stades.

C'est d'abord de l'arthralgie : on n'observe alors comme symptôme qu'une douleur localisée sur une articulation de préférence une grande articulation,

telle que celle du genou ou du coude. Ce siège est en effet fréquent, mais si l'on parcourt les observations, que nous avons relatées, on verra que nombre de douleurs articulaires devenues par la suite des arthrites confirmées se sont portées ailleurs : articulations de différents doigts, articulations scapulo-humérales, coxo-fémorale, tibio-tarsienne, médio-tarsienne. L'articulation du gros orteil avec le métacarpe peut elle-même devenir le siège d'une localisation blennorrhagique. M. le Professeur agrégé Hoche a eu l'obligeance de nous signaler le fait suivant (1) qu'il a observé dans le service de M. Troisier, remplacé par M. Parmentier, médecin des hôpitaux, en septembre 1900 : il s'agissait d'une femme d'environ 30 à 35 ans d'âge chez laquelle était survenue une arthrite du gros orteil. On avait diagnostiqué un accès de goutte. Par la suite le mal ne se modifiant pas, on eut l'idée de pratiquer une ponction de la jointure. On retira un liquide séropurulent qui décéla la présence du gonocoque.

La malade fut examinée : on reconnut chez elle une blennorrhagie.

La localisation à l'article sterno-claviculaire est possible : Dieulafoy l'indique, Thibierge, dans le traité de médecine de Bouchard et Brissaud la signale. Landouzy en rapporte un cas qu'il a ponctionné, (cite in Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus). Bousquet en relate deux observations (Bull. de la Société de Chir. 1885), mais la règle n'en est pas infirmée par ces cas : l'arthrite sterno-claviculaire blennorrhagique est assez rare et

(1) Communication orale.

Lagrange pense que la présence d'une telle arthrite doit chez un sujet faire penser à la blennorrhagie.

Quoi qu'il en soit de la localisation articulaire, la douleur est vive, persistante surtout la nuit et le matin au réveil et s'atténue par l'exercice.

Y a-t-il épanchement, c'est la forme hydarthrosique s'installant plus ou moins rapidement et laissant après elle souvent des raideurs articulaires.

La forme arthrite confirmée avec douleurs s'étendant non plus seulement à l'articulation elle-même, mais aux bourses séreuses para-articulaires et aux gaines séreuses avoisinantes est de beaucoup la plus fréquente et parmi ces arthrites, il en est une, l'arthrite suppurée, qui mérite d'attirer particulièrement l'attention. Nous en avons réuni une série d'observations dont l'étude nous a permis de mettre en lumière un certain nombre de faits intéressants. Avant de les exposer, nous croyons utile de rapporter les observations qui ont servi de base à cette étude.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé MICHEL
(Service de M. le Professeur GROSS)

F... H..., entre à la salle 8, lit n° 5, le 8 mai 1907. Elle est âgée de 36 ans.

De ses antécédents héréditaires on retient seulement que le père est mort à 74 ans ascitique. La malade a encore sa mère, âgée de 72 ans, bien portante.

A. P. A 16 ans, fièvre typhoïde.

Réglée à 17 ans. Règles régulières, un peu douloureuses, peu abondantes, de 3 à 4 jours de durée.

A 24 ans, cette femme a un accouchement laborieux qui nécessita le forceps.

Mariée à 29 ans, elle eut 4 enfants actuellement bien portants.

Depuis l'âge de 20 ans, elle a toujours eu une leucorrhée peu abondante. Après chaque accouchement, cet écoulement augmentait.

A partir du dernier accouchement qui remonte à 5 ans, les règles sont devenues irrégulières, ne venant que toutes les six

semaines ou tous les deux mois. Elles étaient plus abondantes et un peu plus douloureuses. Elle s'affaiblit beaucoup, et la leucorrhée augmenta considérablement.

6 semaines après la naissance du dernier enfant, cet état de choses la décida à consulter à l'hôpital de Strasbourg, où on diagnostiqua, d'après la malade, une rétroversion utérine : on lui posa un pessaire qu'elle conserva pendant 3 ans.

Il y a 5 mois, les pertes blanches augmentèrent encore d'intensité ; elles étaient formées d'un liquide filant, tâchant le linge en jaune.

Maladie actuelle. — Au commencement du mois de mai 1907, la malade eut ses règles. Celles-ci s'interrompirent presque aussitôt, environ 12 à 15 heures après leur début et furent remplacées par un écoulement jaune orangé qui persista pendant 3 ou 4 jours.

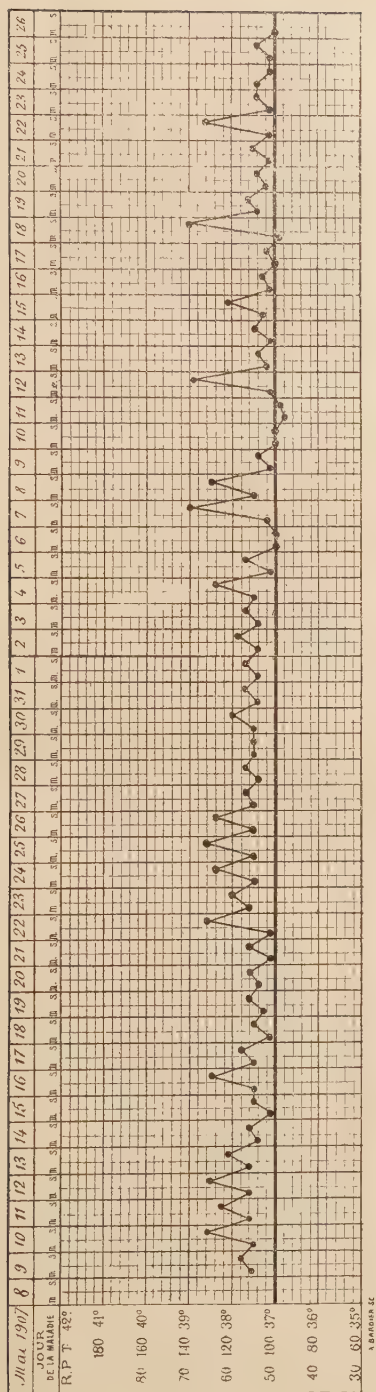
Pendant toute la nuit, une douleur dans le genou gauche la tint éveillée. Quand elle se leva le lendemain matin, elle ne put s'appuyer sur sa jambe et fut obligée de se recoucher. Elle constata que le genou était gonflé et elle ne pouvait le plier. La douleur était violente, pulsative, lancinante.

La malade était depuis la veille courbaturée, se plaignait de céphalalgie, passait par des accès de frissons et des accès de chaleur.

Pendant trois jours, elle resta couchée ; mais la douleur s'accrut, le genou augmenta encore de volume, la flexion devenait totalement impossible, le contact des draps était douloureux ; l'augmentation de volume aurait même gagné la cuisse et la jambe, dit la malade. Cet état de choses la fit diriger sur l'hôpital, où elle entra dans le service de M. le Professeur Gross.

A son entrée, la malade est pâle, amaigrie.

La température axillaire est de 37°5 le matin et ne dépasse pas 38° le soir. Le symptôme dominant est une douleur très vive du genou gauche incapable du moindre mouvement de flexion ; la jambe est étendue sur la cuisse. L'articulation est tuméfiée sans être fortement tendue. Les téguments ont leur coloration nor-



Graphique de l'Observation I.

male. Il y a un peu de choc rotulien. Le cul-de-sac sous-tricipital donne surtout à la partie externe une sensation de fluctuation. Mais en palpant profondément, on croit sentir un empatement qui fait songer à des masses fongueuses. En somme, on pense avoir affaire à une tumeur blanche en voie d'évolution subaiguë. Pourtant on ne relève aucune tare tuberculeuse dans les antécédents et l'auscultation très attentive de la poitrine ne permet pas de déceler la moindre lésion pulmonaire.

En raison de ce fait, de la rapidité d'évolution de la lésion et des phénomènes douloureux et congestifs du début, M. le Professeur agrégé Michel fait une réserve sur le diagnostic de tumeur blanche, il émet aussi l'hypothèse d'arthrite hémophilique. Comme la douleur n'est pas calmée par le repos et que la température reste aux environs de 38 degrés, on se décide 3 jours après l'entrée de la malade, à faire une ponction.

Cette ponction exploratrice du genou, faite au point le plus fluctuant, donne issue à un liquide séro-purulent avec des grumeaux de pus.

Soumis à l'examen bactériologique, ce liquide a été trouvé renfermant uniquement du gonocoque (Réponse orale du Docteur Thiry, Chef du laboratoire de bactériologie des Cliniques).

Alors le 30 mai, M. le Professeur agrégé Michel pratiqua l'opération de l'arthrotomie : évacuation de 200 grammes de pus mal lié et de grumeaux jaunâtres. Lavages avec de l'eau oxygénée. Immobilisation dans une attelle de Bœckel. Lavages 2 fois par semaine.

Les pansements sont très douloureux et sont suivis chaque fois d'une élévation thermique.

Au 15 juin, la suppuration n'est plus abondante.

Le 26, la suppuration est presque tarie. On ne laisse que deux petits drains latéraux. La température est définitivement revenue à 37°.

Le 15 juillet, ablation des drains.

20 juillet. — Il n'y a plus de suppuration profonde. On supprime l'attelle. Il est alors possible d'examiner l'appareil génito-urinaire : l'urèthre ne présente aucun écoulement. L'utérus est

en rétroversion. Le col est gros, ulcéré et couvert de muco-pus. On prélève un peu de sécrétion utérine à l'effet d'y rechercher le gonocoque. Il est répondu par M. le Docteur Thiry : « Les préparations ne montrent pas de gonocoques.

Les cultures permettent d'isoler :

- 1) Un staphylocoque ;
- 2) L'entérocoque de Thiercelin ;
- 3) Une espèce qui paraît identique au *micrococcus subflavus* de Bumm, espèce pathogène.

Il y avait aussi des bacilles, probablement anaérobies, non obtenus en culture »

Cette espèce identique au *micrococcus subflavus* est une espèce très semblable au *micrococcus gonorrhoeae* : On la trouve fréquemment dans le mucus vaginal.

Nous avons revu la malade le 23 décembre 1907 : Nous avons constaté que l'articulation du genou était privée de tout mouvement, ankylosée en extension. Au point de vue génital, à l'examen au spéculum, col congestionné, érodé par places, sécrétion abondante de pus. Ajoutons que depuis 3 mois la malade présente une surexcitation mentale et du délire de persécution qui ne paraissent pas en rapport avec sa maladie, mais ont rendu son examen et son traitement difficiles.

Au résumé, il s'agit d'une femme ayant des antécédents métriques nets, qui fut prise durant une nuit de violentes douleurs dans le genou gauche et qui le lendemain matin vit son genou gonflé. Elle ne pouvait faire aucun mouvement et dut rester couchée. Les douleurs s'accrurent et la firent entrer à l'hôpital. La malade ayant été mise en observation pendant quelques jours, on crut d'abord à une tumeur blanche. Mais une ponction donna issue à un liquide séro-purulent qui, examiné, fut trouvé contenir du gonocoque. Arthrotomie, lavages de l'article, immobilisation. Un mois et demi après, plus de suppuration profonde. Suppression de l'attelle immobilisatrice. Par la suite, 5 mois après, jointure ankylosée en extension.

OBSERVATION II (Inédite)

(Service de M. le Professeur SPILLMANN)

Lucie W..., âgée de 16 ans, entre à la salle 14, service de M. Spillmann, le 30 octobre 1906.

De ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien d'intéressant à noter.

A. P. n'a jamais fait de maladie grave.

Réglée depuis deux mois seulement, elle présente depuis un mois une leucorrhée qui tache le linge en vert.

Maladie actuelle. -- Depuis l'avant-veille de son entrée, c'est-à-dire le 28 octobre, la malade perçoit dans le genou droit une sensation de pesanteur, de tension qui rend la marche douloureuse et pénible. Cependant, elle continue durant toute la journée son travail debout ; mais le soir, rentrée chez elle, elle doit de suite se coucher.

La nuit qui suivit fut mauvaise, les douleurs perçues dans le genou étant assez violentes pour empêcher le sommeil.

Aussi, dès le lendemain matin, la malade se présente-t-elle à l'hôpital et est admise salle 14.

État actuel : Au 1^{er} novembre. — Malade de constitution chétive, pâle, anémiée souvent depuis deux ans, époque où elle a commencé à travailler dans un tissage. Elle dit ne pas tousser.

A l'entrée, la température est normale.

En découvrant la malade on remarque de suite sur son linge des taches verdâtres, indices probables d'un écoulement gonococcique.

Immédiatement, on observe l'attitude du membre inférieur droit qui est en abduction légère, la jambe fléchie sur la cuisse.

Le genou est globuleux, volumineux, tuméfié, douloureux à la pression, surtout sur les côtés du tendon quadricipital, niveau où l'on a la perception nette d'un empâtement des parties molles péri-articulaires.

On obtient la sensation du choc rotalien. Le membre malade en abduction légère et demi-flexion, ne peut être placé en flexion

complète ou en extension à cause de la douleur que ces mouvements déterminent dans l'article.

Examen de l'appareil génito-urinaire. — Les urines contiennent du mucus en abondance et un peu de pus.

La malade, ainsi qu'il est indiqué précédemment, présente un écoulement d'origine gonococcique, d'après l'aspect verdâtre, safrané des taches. Cette hypothèse d'urétrite gonococcique est vérifiée par l'examen bactériologique qui montre dans le pus recueilli au méat d'abondants microbes en grains de café, qui conservent le Gram.

Règles régulières (depuis deux mois seulement) mais peu abondantes.

L'examen des autres appareils de l'organisme ne présente rien de particulier et d'ailleurs n'offre pas d'intérêt ici.

On prescrit compression ouatée du genou et immobilisation. On fait prendre, en outre, des capsules de santal bleu.

4 Novembre. — A cette date, la malade ressent de vives douleurs dans l'annulaire droit ; ce doigt est rouge, tuméfié au niveau de l'articulation phalangino-phalangienne.

5 Novembre. — La tuméfaction de l'articulation de l'annulaire augmente. Les deux premières phalanges se mettent en demi-flexion.

Au palper, on ne perçoit rien qu'un épaissement en masse des parties molles péri-articulaires.

Le 5 au soir, la malade qui jusque-là avait toujours eu une température plutôt hyponormale, présente une légère ascension thermique à 37°6.

7 Novembre. — Après antisepsie soigneuse de la région, on pratique au niveau du genou droit une ponction avec une aiguille capillaire montée sur une seringue de Debove ; il s'écoule sous pression 35cmc environ d'un liquide verdâtre où dominent nettement, comme le montre l'examen, les polynucléaires.

15 Novembre. — Même état des articulations lésées, le liquide s'est partiellement reproduit dans le genou : l'annulaire tend de plus en plus vers la flexion, présentant l'aspect caractéristique du doigt en radis. On l'immobilise en extension.

20 Novembre. — État général moins bon : l'appétit diminue, la malade perd ses forces, elle est pâle, ses muqueuses sont décolorées.

30 Novembre. — On met le doigt dans un appareil plâtré.

2 Décembre. — Il existe encore du liquide dans le genou droit. La malade quitte l'hôpital.

5 Décembre. — Elle revient à l'hôpital, se plaignant de douleurs au niveau du doigt immobilisé. On ouvre l'appareil, le doigt est encore déformé.

Au niveau de l'articulation phalango-phalangienne, il existe, outre la tuméfaction, de la rougeur ; la peau est vers la région externe sur le point de s'abcéder.

Les jours suivants, l'abcès s'ouvre donnant issue à un pus jaunâtre, grumeleux.

Pendant trois mois, la suppuration persiste. Après quoi le doigt s'ankylose en flexion légère.

Au résumé. — Mérite gonococcique chez une jeune fille de 16 ans. Gonocèle du genou droit : dans l'épanchement articulaire on trouve du gonocoque. Consécutivement se produit du rhumatisme gonococcique des petites articulations des mains, prédominant au niveau de l'annulaire droit qui se déforme (en radis) quoi qu'on fasse.

Guérison avec ankylose du genou et déformation en flexion de l'annulaire droit.

Du liquide intra-articulaire ayant été prélevé à la date du 8 novembre 1906, a été envoyé au laboratoire de Bactériologie des Cliniques. Voici la réponse qui a été faite, à la date du 21 novembre (n° 4694), par M. le Docteur Thiry :

« Le liquide renferme un petit caillot de fibrine avec leucocytes polynucléés ; dans quelques-uns de ces derniers des microcoques présentent tous les caractères du gonocoque. A l'étuve à 35-37° sur le liquide lui-même, ils se multiplient assez abondamment en culture pure, et il est facile de constater la motilité spéciale des éléments... Aucune culture sur les milieux usuels ».

OBSERVATION III (Résumée)

(Prise in *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1885, BOUSQUET)

Un homme de 27 ans a une blennorrhagie depuis un mois. Il remarque à ce moment sur la face antérieure de son thorax une tuméfaction qui est douloureuse. On l'examine : on observe que cette tuméfaction n'intéresse pas l'articulation, et se trouve au niveau de la partie interne de la clavicule. Pas de phénomènes fébriles ; en outre, l'état général n'est pas pris.

Huit jours après le début de ces accidents, c'est-à-dire le 1^{er} juillet 1884, la tuméfaction empiète sur l'article sterno-claviculaire. La région est chaude, douloureuse :

Le 2 juillet, fluctuation manifeste. Une incision croisant l'interligne articulaire est faite : Issue d'une cuillerée de pus dans lequel on reconnaissait le gonocoque.

OBSERVATION IV

(BOINET. — *Gaz. des hôp.*, 1899)

Marie G..., âgée de 17 ans, contracte une blennorrhagie intense avec métrite ; quinze jours après, elle est prise de douleurs très vives dans l'articulation coxo-fémorale droite ; elles irradiant dans la région trochantérienne qui devient rouge, chaude, empâtée. Rhumatisme blennorrhagique à gauche, au niveau du genou, du cou de pied. Cette localisation ne dure que deux semaines. L'arthrite coxo-fémorale augmente d'intensité ; cœur et poumons sains, écoulement blennorrhagique vaginal abondant, urines rares, chargées de pus, diarrhée fétide. Au bout de deux mois, état général mauvais, eschare au niveau du sacrum ; elle augmente rapidement en surface et en profondeur ; les os sont mis à nu ; langue dépouillée, rouge vif ; vomissements fréquents, diarrhée incessante.

Cinq jours plus tard, cet état infectieux devient très accusé, subdélirium. L'articulation coxo-fémorale est toujours très douloureuse, la hanche est tuméfiée. Atrophie considérable des

deux membres inférieurs, paraplégie complète, marche impossible, pieds tombants ; la malade ne peut se tenir debout, troubles de la sensibilité cutanée peu marqués. Un mois plus tard, l'eschare sacrée n'a aucune tendance à se cicatriser ; urines purulentes, diarrhée profuse, gonflement du genou droit. L'articulation coxo-fémorale est toujours tuméfiée, douloureuse ; les mouvements sont fort difficiles. L'atrophie des membres inférieurs a encore augmenté. Hébétude, délire. Le sang, puisé avec toutes les précautions d'usage dans une veine du pli du coude, et ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de bacille pyocyannique mélangé à du coli-bacille. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent et la malade succombe dans un état comateux, trois mois et vingt-un jours après avoir contracté sa blennorrhagie.

Autopsie. — L'articulation coxo-fémorale contient beaucoup de pus sanguinolent ; la tête fémorale est embrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire ; la cavité cotyloïde est rouge, baignée de pus. L'articulation fémoro-tibiale droite est atteinte d'arthrite sèche, plastique, sans pus.

La suite de l'autopsie est sans intérêt ici.

OBSERVATION V (Résumée)

(BAUCHET, Bull. soc. Chir. 1862).

Jeune homme de 21 ans, entré à l'Hôtel-Dieu.

Il était atteint d'arthrite blennorrhagique du coude gauche. Malgré le traitement mis en usage (sangsues, vésicatoires, frictions résolutes, immobilité), il se forma autour de l'articulation plusieurs abcès qu'on ouvrit successivement.

L'un d'eux paraissait même communiquer avec l'articulation.

Le malade fut revu fin novembre, (il était entré à l'Hôtel-Dieu en août). On constata l'état suivant : plus de mouvements dans l'articulation du coude, bras et avant-bras en ankylose presque rectiligne, membre atrophié, impotence fonctionnelle.

M. Bauchet essaya quelques mouvements forcés : l'articulation céda un peu. Avec plus de force, il arriva à l'extension complète de l'avant-bras. Les mouvements imprimés dans le sens contraire donnèrent presque la flexion à angle droit.

Gonflement du coude à la suite de ces tentatives et épanchement dans l'articulation et dans son voisinage. L'épanchement se dissipa et quarante-huit heures après, plus de gonflement.

Nouvelle séance d'exercice de l'articulation huit jours après, puis plusieurs autres à des intervalles de quinze à vingt jours environ. Entre temps M. Bauchet recommandait au malade de faire lui-même travailler son articulation en soulevant des poids ou en portant une charge quelconque.

Par la suite M. Bauchet a constaté chez son malade : le retour de la force normale de la jointure, la facilité des mouvements de flexion, de pronation et de supination; seule l'extension n'est pas à ce moment tout à fait rectiligne, mais le deviendra.

OBSERVATION VI

(In Thèse FABRE, Lyon, 1899-1900)

B... Benoît, 22 ans. Entre à Saint-Sacerdos le 19 février 1889.

Rien de particulier à noter au point de vue des antécédents héréditaires et personnels.

Il y a quinze jours, B... a contracté une blennorrhagie. Quelques jours après, il ressentit, pendant la nuit, une violente douleur au niveau de la malléole externe gauche. Les mouvements, d'abord très douloureux, devinrent impossibles, lorsqu'il y a cinq jours, apparut la douleur au niveau de la malléole interne. Ces symptômes nécessitent l'entrée à l'hôpital.

A ce moment le pied présente un gonflement très marqué vers l'articulation tibio-tarsienne. Douleurs très vives qui arrachent des cris au malade. On note, en particulier, un abcès fluctuant sur le côté externe, avec rougeur marquée de la peau.

Le lendemain on incise cet abcès et il s'écoule du pus strié de sang.

Dans les pansements qui suivent cette intervention, le pus est

toujours abondant et les douleurs persistent. C'est alors que pour faciliter le drainage de l'article, on pratique la résection de l'astragale.

Cette opération faite le 23 février, n'offre rien de particulier. L'os enlevé présente seulement sur son cartilage supérieur, en dedans, une érosion très superficielle.

Les surfaces tibio-péronières paraissent saines, dans l'intérieur de l'article se trouve du pus en quantité notable. On en trouve aussi dans les tissus péri-articulaires.

Les pansements qui suivent l'opération sont souillés par une suppuration abondante, jusque vers le 10 mars, date où le pus commence à disparaître.

Le malade se plaint toujours de douleurs vives, néanmoins il est en bonne voie de guérison.

L'état général est bon, l'appétit est revenu.

Le 4 avril, les plaies présentent un aspect satisfaisant, la cicatrisation s'opère, très régulière, la suppuration est notablement diminuée et permet une réduction des drains. Les douleurs sont toujours vives.

Vers la fin mai, suppression complète des drains : le pied est en bonne position, avec cependant un peu de varus.

30 juillet 1890. — Le pied est dur, sec. Il n'y a plus de gonflement, sinon après une fatigue exceptionnelle. Pas de douleur spontanée, ni provoquée, en aucun point du pied opéré.

La position est bonne. Le pied repose sur le sol par ses points d'appui normaux, pas de trace de pied creux.

Les mouvements articulaires, indolores, sont limités : la flexion et l'extension présentent une réduction des 2/3.

La marche est normale, s'accomplit sans appareil ni soutien, le malade monte et descend les escaliers à peu près comme un homme sain. Seule, la course est difficile et s'accompagne de claudication.

B..., employé aux tramways, soigne les chevaux depuis 4 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir et accomplit son travail très facilement.

En 1894, B..., se présente à la clinique de M. le Professeur Ollier. Il est complètement guéri.

OBSERVATION VII

(In Thèse Ch. LAURENT-GAUTHIER, Lyon, 1901-02).

Maria G..., âgée de 26 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet, le 14 avril 1902.

Ses antécédents héréditaires ou collatéraux sont nuls. Les parents sont bien portants ainsi que ses six frères ou sœurs. Rien à noter chez eux, tant au point de vue tuberculeux qu'au point de vue rhumatismal.

Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Elle a été réglée de bonne heure à 9 ans 1/2; ses règles ont toujours été régulières.

Elle n'a jamais eu de fausse-couche ni d'enfant.

Elle n'a jamais souffert du ventre. Pas d'antécédents personnels concernant la tuberculose; pas d'abcès froid, pas de bronchites à répétition, pas de pleurésie.

Pas de rhumatisme, jamais de douleurs au niveau des articulations.

Elle est sujette à des pertes blanches, claires et indolores depuis l'enfance. Ces pertes n'ont jamais inquiété la malade.

Elles ont changé brusquement de caractère depuis le 1^{er} avril. Leur couleur est devenue jaune verdâtre. Leur volume s'est considérablement augmenté. La consistance s'est faite épaisse.

En même temps survenait une sensation d'ardeur désagréable à la vulve et au vagin et des troubles de la miction s'établissaient. Les mictions devenaient fréquentes, impérieuses; leur début et leur terminaison étaient douloureux, cuisants. La dernière partie des urines émises étaient sanguinolente.

Tous ces phénomènes indiquaient nettement l'installation d'une blennorrhagie à localisation vulvovaginale, uréthrale et vésicale.

Peu à peu les phénomènes uréthraux et vésicaux s'amendèrent; vers le milieu d'avril, ils avaient pris fin. Seules les pertes blanches continuèrent avec les mêmes caractères typiques.

Dans ces conditions, une nuit, brusquement, en se retour-

nant dans son lit, la malade ressentit une douleur violente dans le genou droit. Cette douleur, une fois installée, ne cessa jamais complètement; elle avait pris d'emblée le caractère de constance.

Le gonflement de la jointure suivit bientôt l'apparition des phénomènes douloureux; il fut très rapide et acquit, en quelques heures, les proportions qui devaient être notées les jours suivants.

Pas d'autres localisations articulaires.

La malade entra alors à la salle Montazet. Elle y resta un mois. Pendant ce laps de temps les douleurs ne cédèrent jamais entièrement.

On administra divers médicaments à l'intérieur; salicylate de soude, antipyrine, pyramidon. Ils échouèrent absolument. L'immobilisation dans une gouttière en fil de fer, combinée aux applications topiques de salicylate de méthyle, réussit un peu mieux. Au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, on appliqua un appareil plâtré. Celui-ci ne fit qu'augmenter les douleurs ressenties.

La température, de 40°2 à l'entrée, tomba en cinq jours, à 30°5 par chutes successives. Elle remonta à 38°5 au bout de deux jours, s'y maintenant pendant dix jours avec des rémissions matinales de quelques dixièmes de degré. Puis, après quelques jours d'accalmie à 37°8, 38°, on vit la courbe s'élever, le soir à 39°, 39°5, descendre le matin à 38, 37, 37°2, faisant de la sorte de grandes oscillations. En même temps survenaient de grands frissons le soir vers sept heures.

L'état général s'était peu à peu aggravé. L'appétit était nul, la bouche et la langue sèches. Le sommeil avait disparu et les divers hypnotiques employés étaient impuissants à combattre cette insomnie.

Les douleurs avaient subi une recrudescence depuis l'apparition des grandes oscillations thermiques avec frissons; elles revêtaient de plus, chose nouvelle, un caractère lancinant. Les plus légers mouvements déterminaient une recrudescence intolérable de la souffrance.

Le gonflement du genou n'augmentait pas beaucoup, mais remontait un peu, pourtant, au devant de la cuisse. La peau était un peu plus rouge : On y constatait un léger œdème.

Tous ces signes accusaient nettement la transformation purulente de l'épanchement articulaire.

Ce diagnostic étant posé, une intervention sanglante s'imposait, et la malade, passant de médecine en chirurgie, était évacuée, le 14 mai 1902, dans le service de M. le Professeur Jaboulay, salle Saint Pierre, n° 25. Celui-ci porta le diagnostic suivant :

Arthrite blennorrhagique purulente. Rupture du cul-de-sac sous-quadricipital. Abscess péri-articulaire intra-musculaire, et décida une intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 16 mai. Une incision au bistouri fut faite à la limite supérieure de la poche fluctuante formée par le cul-de-sac sous-quadricipital distendu et l'abcès intra-musculaire dû à sa rupture. Cette incision, de 3 à 4 centimètres de longueur, verticale et médiane, donna issue à 150 gr. environ d'un liquide louche, séro-purulent, grumeleux.

Un drain en caoutchouc, de la grosseur du petit doigt, fut introduit par la plaie opératoire et glissé jusqu'au contact de la rotule.

Immobilisation dans une gouttière de fil de fer.

Elévation de tout le membre inférieur à 40° environ au-dessus de l'horizontale au moyen de coussins.

Les suites ont été très simples. En 5 jours, par bonds réguliers, la courbe thermique tombait de 39°5 à 37°5 et se maintenait désormais à ce chiffre.

Lés douleurs cessaient complètement le jour même de l'opération. La langue et la bouche redevenaient humides, l'appétit renaissait, les nuits étaient bonnes.

Le premier pansement a été fait douze jours après l'opération. Il contenait une notable quantité de pus. Il y avait une amélioration locale considérable ; plus de tuméfaction, plus de douleurs à la palpation.

Deuxième pansement dix jours après le premier. Continuation

de l'amélioration. Sécrétion de peu d'importance. On imprime quelques mouvements à l'articulation, ils n'ont pas encore une très grande extension et sont douloureux.

Troisième pansement le 17 juin. La sécrétion était insignifiante, on supprime le drainage. Les mouvements qu'on peut imprimer à la jointure sont plus étendus et moins douloureux. Ils ont une amplitude de 30° environ.

L'état général est satisfaisant.

La malade est revue le 4 juin. Elle marche assez bien avec l'aide d'une béquille. Le genou n'est plus douloureux spontanément ou à la pression. C'est la faiblesse du membre inférieur qui entrave la marche. Les mouvements de flexion sont possibles dans une étendue de 45 degrés environ ; on est arrêté par la douleur ressentie, non par un obstacle sérieux. Il y a peu d'atrophie musculaire à la cuisse. Légère laxité latérale. Tout fait présager d'ici peu le retour satisfaisant des fonctions de l'articulation.

Voici le résultat de l'examen bactériologique du liquide articulaire, examen qui a été pratiqué au laboratoire de M. le Professeur Arloing, à la Faculté.

La recherche directe du gonocoque et du bacille de Koch, a été négative.

Un cobaye inoculé est sacrifié au bout d'un mois. On ne trouve rien au point d'inoculation. Il y a deux ganglions lombaires, un rétrohépatique, un trachéo-bronchique de la grosseur de petites lentilles. Ils ne sont ni indurés ni caséux ; à la coupe ils offrent l'aspect du muscle de grenouille.

La rate est saine.

Un frottis de ganglion lombaire ne révèle pas de bacilles de Koch.

Cette autopsie ne permet pas de conclure à l'existence de la tuberculose. Elle l'infirme plutôt.

OBSERVATION VIII

(In Thèse KIRIL T. ILIEFF, Nancy, 1899-00)

E... L... entre au service de M. le professeur Spillmann, le 20 avril 1898. Le malade, âgé de 48 ans, de profession garçon de magasin, ne présentait pas d'antécédents héréditaires. Il a eu la jambe droite cassée en 1881. Antérieurement pas d'atteinte de rhumatismes. Alcoolique.

Histoire de la maladie. — Le malade a senti, peu de jours avant son entrée à l'hôpital, des douleurs peu intenses dans les jointures, ce qui ne l'a pas empêché de continuer son travail. Cependant, le lendemain matin, il a dû y renoncer, les douleurs ayant augmenté.

L'affection a commencé par le coude droit, puis le genou droit, et enfin le genou gauche.

Etat actuel. — Ecoulement urétral purulent. Le gonocoque a été constaté à l'examen microscopique.

Le malade est bien constitué, robuste. La température à 38°8.

Le malade accuse des douleurs au niveau du coude droit. Avant-bras fléchi à demi sur le bras. Des douleurs au creux poplité droit. La peau du genou luisante et tendue, trace d'iode. Hydarthrose, gonflement. La peau n'est pas rouge. Douleurs et gonflement aussi au genou gauche.

Douleurs dans les muscles de la nuque. Les artères dures. Pouls lent, régulier, égal. Le premier bruit cardiaque est sourd et prolongé, le deuxième est éclatant. Crampes dans les mollets.

Les urines, pâles, ne présentent pas la teinte rouge et les sédiments uratiques du rhumatisme articulaire aigu.

Inappétence depuis le début de l'affection.

A l'auscultation du poumon, on entend dans les fosses sous-épineuses droite et gauche l'expiration prolongée ; dans la fosse sous-épineuse droite des râles sous-crépitaux fins et la respiration rude à gauche.

Céphalée depuis 5 jours. Continuelle insomnie, très nerveux.

Le 22 juin. — Malgré le stypage, les douleurs n'ont pas dimi-

nué. Le genou droit est très tuméfié. On voit se dessiner sous la peau le cul-de-sac sous-tricipital distendu. Quelques douleurs du poignet, de même au niveau du pied.

Le 27 juin. — Les douleurs diffuses ont disparu et l'affection s'est cantonnée au genou droit, qui est gonflé. Il y a de l'hydarthrose, moindre toutefois que celle qui existait précédemment ; les douleurs sont aussi moindres.

Le 28 juin. — Ponction de l'articulation. On retire 60 grammes de pus. Pansement compressif. La température à 38° soir.

Le 29 juin. — Le malade souffre atrocement de ses douleurs articulaires. Température le soir à 40°.

Le 30 juin. — Le malade descend au service chirurgical de M. le Professeur Gross. Les cultures faites avec le liquide articulaire demeurent stériles. Peut-être gonocoque. On y accepte le diagnostic d'arthrite suppurée, en raison de la ponction précédente ; alors M. André s'est décidé de faire immédiatement l'arthrotomie au moyen de deux incisions bilatérales. A l'ouverture de l'articulation, il s'écoule une certaine quantité de liquide louche, séro-purulent, pas de pus à proprement parler. La synoviale a été trouvée rouge, injectée, couverte d'abondantes fausses membranes blanchâtres. On nettoie l'articulation en la frottant avec une compresse.

Drainage de part en part avec deux drains. On immobilise le membre sur l'attelle de Boeckel.

Le 2 juillet. — Depuis l'opération, la température continue d'être élevée et le malade en souffre. Pansement. Suintement séro-purulent assez abondant. Lavage articulaire au phénol. Etat local bon.

Le 5 juillet. — La température a diminué. Le malade n'a pas été agité. Il a dormi, ne se plaint plus.

Le 11 juillet. — L'amélioration continue, peu de suppuration.

Le 21 juillet. — Depuis deux jours, le malade a eu des poussées de température, le soir pansement : peu de pus. On remet deux petits drains, l'un en dedans, l'autre en dehors.

Le 28 juillet. — La température est tombée depuis qu'on a mis les deux drains.

Le 8 août. — Plus de pus, on supprime les drains. Légers mouvements possibles, mais douloureux.

Le 10 août. — Cessation de la suppuration, mais en échange, une ankylose est survenue. On fait quelques mouvements.

Le 13 août. — Mobilisation. Les mouvements de peu d'étendue et pas trop douloureux.

Le 16 août. — Le malade est guéri, mais avec une ankylose.

Le 23 août. — Le malade a été soumis, depuis quelques jours, à l'électrisation.

Le 25 août. — Un peu d'amélioration dans les mouvements.

Le 29 août. — La mobilisation a fait des progrès notables.

Sort du service sans autorisation le 25 septembre 1898.

Quelques semaines après, il est venu à l'hôpital, et la sœur de service prétend qu'il marchait fort bien.

OBSERVATION IX

(In Thèse agrégation LAPERSONNE, Paris, 1885-86)

C... (Gabrielle), 17 ans, couturière, entre à la Charité, le 5 juin 1882, dans le service de M. Peter, supplée par M. Landouzy, pour de vives douleurs, spontanées et provoquées, des articulations scapulo-humérale et sterno-claviculaire droite.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels : c'est la première fois que surviennent des douleurs qui, au dire de la malade, seraient apparues sans cause appréciable.

L'examen direct de l'articulation scapulo-humérale ne permet de constater autre chose que l'exaspération des douleurs par tous les mouvements spontanés ou provoqués. L'articulation sterno-claviculaire droite offre le volume d'un œuf de poule : douleur spontanée et à la pression. Fluctuation manifeste, pas de changement à la peau.

L'examen au spéculum fait reconnaître un écoulement vagino-urétral, surtout vaginal, datant d'une époque que la malade ne peut préciser, son attention n'ayant par aucun phénomène douloureux été attirée de ce côté.

Absolument rien à noter vers les autres organes.

8 juin. — Vésicatoire volant sur l'articulation sterno-claviculaire droite : pointes de feu sur toute la région scapulo-humérale droite.

Le 10. — Amélioration.

Le 11. — Douleur violente et à début soudain en arrière de la malléole interne droite, synovite des gaines des fléchisseurs.

Le 26. — Synovite de la gaine des péroniers latéraux droits : contracture du pied en valgus. Réduction du pied par le chloroforme et contention dans un appareil plâtré.

L'appareil est enlevé quinze jours après, le pied est dans la rectitude : le jeu des péroniers est difficile, douloureux ; la synovite persistant, application de pointes de feu. Guérison au bout de huit jours.

Les douleurs ont disparu aux articulations scapulo-humérale et sterno-claviculaire, pourtant l'articulation sterno-claviculaire est toujours tuméfiée, volume d'un gros œuf de pigeon, fluctuante et l'écartement des surfaces articulaires est de plus de 2 centimètres. Rougeur de la peau qui, luisante, non œdématiée, paraît s'amincir. Il n'y a aucune douleur spontanée ou provoquée.

Redoutant l'ulcération de la peau tendue et luisante, redoutant une augmentation dans l'écartement des surfaces articulaires, une ponction est faite le 28 juillet avec l'appareil Potain dans l'article sterno-claviculaire, issue d'une pleine cuillerée à soupe d'un liquide séro-purulent : pansement à la baudruche colodionnée.

1^{er} août. — Toute trace de tuméfaction a disparu. Les douleurs ne réapparaissent ni dans l'épaule ni dans la jambe : il reste de la raideur dans le jeu des fléchisseurs du pied et des péroniers. Insidieusement, mais assez rapidement, il se fait dans tous les muscles de la jambe droite ainsi que dans les muscles grand pectoral, deltoïde, biceps, triceps, sus et sous-épineux, sous-scapulaire, grand dentelé et grand dorsal droits une atrophie si considérable que la malade en devient toute asymétrique.

En octobre, lors de la sortie volontaire de la malade de la

Charité (quatre mois après le début de la blennorrhagie et des arthrites blennorhagiques) ni sur les coulisses tendineuses de la jambe, ni sur les articulations scapulo-humérale et sterno-claviculaire droite, il n'y avait plus trace appréciable de lésions, mais l'atrophie musculaire était encore si fort accusée que C... en était devenue presque difforme.

OBSERVATION X

(In Thèse FILIPPI, Paris, 1892-93)

La nommée H... E..., âgée de 23 ans, journalière, entre le 12 mai 1893, à l'hôpital Necker, salle Delpech, lit n° 5.

Cette malade ne présente rien dans ses antécédents personnels, si ce n'est un peu d'anémie, dont le début remonte à l'apparition de ses règles, à l'âge de 12 ans.

La mère de la malade était rhumatisante.

Il y a environ trois semaines, la jeune H... E... ressentit une douleur dans le pied droit, au niveau de l'articulation médio-tarsienne. Les autres articulations ont été épargnées.

Au niveau de l'articulation malade, on remarque une rougeur assez vive, de la douleur spontanée et à la pression, une tuméfaction assez notable et l'impossibilité absolue de faire le moindre mouvement. Les mouvements d'extension et de flexion imprimés aux orteils sont douloureux. Les gaines synoviales sont également enflammées.

L'apparition des douleurs rhumatismales a coïncidé avec des troubles génito-urinaires. La malade avait une sensation de brûlure pendant la miction et un écoulement verdâtre dont l'origine blennorhagique ne faisait pas de doute. Les autres organes sont sains. On entend, au niveau du cœur, un souffle doux, mal localisé, sans propagation caractéristique, en rapport avec l'anémie que présente la malade. Cette anémie se manifeste par la pâleur, une certaine décoloration des muqueuses, de la céphalalgie fréquente et des bourdonnements d'oreille.

Traitement. — Enveloppement du pied dans une bande de caoutchouc.

La bande élastique, restée en place depuis deux jours, n'amène pas d'amélioration notable. On la remet cependant.

Trois jours après, la malade ayant bien supporté la bande, souffre moins de son pied.

Puis les douleurs se localisent au bord interne du pied. Au point douloureux on trouve une légère tuméfaction, avec un peu de fluctuation profonde. Cataplasme.

En deux jours, la fluctuation devient très nette. La douleur est très vive au niveau de la tuméfaction ; partout ailleurs elle a disparu.

Le 20 mai, on ouvre l'abcès. Il en sort une certaine quantité de pus. Pansement antiseptique.

Les douleurs continuent malgré l'ouverture de l'abcès. Elles paraissent sur la face externe du pied, qui reste tuméfié.

On applique quelques pointes de feu, les douleurs disparaissent et la femme guérit. Un mois de traitement.

OBSERVATION XI

(In *Progrès Médical*, 1874)

Vaginite. — Arthrite blennorrhagique suppurée du genou et de la hanche gauches, infection purulente. — Mort.

La nommée E. P..., 22 ans, domestique, forte constitution, entre à l'hôpital Lariboisière, le 6 mars 1874 (service de M. Millaud), salle Sainte-Joséphine, n° 7. Depuis quinze jours, environ, la malade est affectée d'une vaginite qui vient de se compliquer d'une arthrite aiguë du genou gauche. L'articulation malade est gonflée, tendue, douloureuse, sans changement de coloration de la peau. Application sans résultat d'une gouttière et deux vésicatoires. L'articulation de la hanche ne tarde pas à se prendre et, malgré tous les soins médicaux et chirurgicaux, les deux articulations suppurent. La malade meurt d'infection purulente (21 mai 1874)

OBSERVATION XII

(Résumée d'après bull. et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, année 1893 et d'après une relation faite par le *Journal des Praticiens*, n° du 29 mars 1893).

Arthrite blennorhagique suppurée chez une femme antérieurement atteinte d'une ostéomyélite du fémur : ponction et injection intra-articulaire d'une solution de sublimé. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune domestique de 20 ans, atteinte d'une arthrite aiguë du genou gauche, en apparence assez grave. Cette fille était déjà souffrante depuis quelque temps, mais elle avait dissimulé son mal. En raison de la douleur qu'elle ressentait dans le genou et de la fièvre qui en était la conséquence, elle avait arrêté tout travail depuis trois jours seulement, quand M. Rendu la vit.

État local assez sérieux : genou gauche très tuméfié, distendu par un volumineux épanchement qui déformait la synoviale et soulevait la rotule. Mouvements spontanés et provoqués presque impossibles. Retentissement sur l'état actuel : fièvre (38°8), insomnie, langue saburrale, prostration assez prononcée.

Dans les antécédents de cette femme, ostéomyélite du fémur gauche. A l'examen, os considérablement augmenté de volume au niveau de sa diaphyse et des condyles ; large cicatrice adhérente au périoste à la partie interne de la cuisse, vers son quart inférieur, marque indélébile d'un trajet fistuleux avec suppuration qui avait persisté pendant dix mois. Le début de cette ostéomyélite datait de trois ans.

A priori, l'arthrite était d'origine osseuse et semblait due à l'ostéomyélite par propagation inflammatoire du voisinage.

Cependant, on apprenait de la malade autre chose : elle était bien réglée, mais elle avait eu quelques pertes blanches depuis deux mois, et bien qu'elle n'eut pas ressenti de douleurs uréthrales ni vésicales, il était possible de songer à l'existence d'une vaginite. S'agissait-il alors d'une arthrite blennorhagique ?

Les symptômes et le caractère de l'arthrite ne le dénotaient

pas. Le mauvais état général de la malade faisait soupçonner toutefois que l'arthrite devait être suppurée.

Ponctionnée le 15 mars avec l'aiguille aspiratrice de l'appareil Potain, l'articulation donne issue à 250 grammes de pus verdâtre, bien lié.

L'examen du liquide purulent est pratiquée extemporanément : pas de microorganismes apparents, mais un grand nombre de leucocytes. Lesensemencements et les cultures sur gélose donnent des gonocoques et non des colonies de staphylocoques. Il s'agissait donc de pus d'origine blennorrhagique et non pas d'origine ostéo-myélitique.

Les suites furent celles-ci : après injection de trois seringues de Pravaz d'une solution de sublimé à 1/4000^e et laissé à demeure dans la séreuse, on immobilisa la jointure dans une gouttière. Résultat immédiat excellent : de 38°9, la fièvre tombe à 37°3 ; disparition de la douleur articulaire. La température remonte à 38°2 le lendemain, pour retomber le jour suivant au degré normal et s'y maintenir par la suite. Huit jours après, l'épanchement s'était reproduit : seconde ponction qui ramena non pas du pus, mais un liquide séreux, d'apparence citrine. Pas d'injection de sublimé, mais simple immobilisation dans une gouttière avec compression. Quinze jours après, la malade pouvait être considérée comme guérie, sauf un léger degré de raideur articulaire et un peu d'atrophie du triceps.

OBSERVATION XIII

(LASSALLE. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1894)

Arthrite blennorrhagique suppurée du coude. Arthrotomie.

Guérison.

Julie S..., lingère, âgée de 24 ans, blonde, lymphatique, n'a eu d'autre affection qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 17 ans. Son père et sa mère sont bien portants ; pas d'antécédents de tuberculose, ni de rhumatisme dans sa famille.

Le 20 juin 1891, la malade éprouve des douleurs légères dans le genou gauche et le coude droit. Ces douleurs durent trois ou

quatre jours au genou, puis disparaissent. Au coude, elles sont plus vives, du gonflement survient dans cette articulation, où le moindre mouvement est très douloureux.

26 juin. — M. Tédénat constate un gonflement considérable avec saillie des culs-de-sacs, notamment dans le cul-de-sac sous-tricipital. De chaque côté du tendon du triceps, la peau est rosée. L'avant-bras est en demi-flexion. Œdème des parties molles péri-articulaires. Fièvre modérée 38°5. Inappétence. M. Tédénat conseille l'enveloppement humide à la Priessnitz, un purgatif et 1 gr. d'antipyrine en deux cachets.

27 juin. — La malade n'a éprouvé aucun soulagement. Les douleurs sont aussi vives, le gonflement a augmenté. M. Tédénat constate l'existence d'une vaginite intense avec uréthrite ; l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques.

Il conseille des injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse à 1/2000^e, qui seront répétées matin et soir à la dose de trois litres chacune.

28 juin. — Aucune amélioration. La flexion de l'avant-bras a augmenté, ainsi que la distention des culs-de-sac et l'œdème inflammatoire des parties molles. Les douleurs sont très vives, malgré l'emploi du salicylate de soude à la dose de 4 grammes.

29 juin. — Même état : La malade accepte l'arthrotomie, à laquelle la décident les violentes douleurs. Après antisepsie complète de la région, M. Tédénat pratique de chaque côté du tendon olécrânien une incision verticale de trois centimètres. Il s'écoule environ 100 gram. de liquide roussâtre dans lequel nagent des flocons fibrineux ; la synoviale est rouge et comme ecchymotique par points. Irrigation de l'article avec une solution de sublimé à 1/4000^e. L'avant-bras est mis en position fléchie et la région du coude est recouverte d'un pansement antiseptique constituée par de la gaze iodoformée et une grande épaisseur d'ouate aseptisée. Quelques vomissements dans l'après-midi, attribuables au chloroforme. Dans la soirée, la malade est gravement soulagée, la température, qui était de 38°6 le matin, n'est que de 37°8 le soir.

30 juin. — Le mieux continue.

4 juillet. — Le pansement est changé. A peine quelques souillures sur la gaze iodoformée appliquée sur les plaies d'incision qui sont presque réunies. Le gonflement a sensiblement diminué. Lavage antiseptique de la région sur laquelle est appliqué un pansement identique au premier. Les injections vaginales avec la solution de permanganate de potasse ont été faites matin et soir, l'écoulement n'est plus jaune verdâtre, mais clair et beaucoup moindre. Depuis hier, irrigations uréthrales avec la même solution.

6 juillet. — Les douleurs continuent à diminuer et sont très légères : la malade dort. Elle prend, depuis le jour de l'opération, 0 gr. 50 de bromhydrate de quinine et 2 centigr. de sublimé corrosif.

10 juillet. — La malade n'éprouve plus de douleurs : le pansement est changé. Les incisions sont complètement cicatrisées ; gonflement modéré. Il existe de la sensibilité à la pression ; légers mouvements communiqués sans grande douleur. Pansement compressif ouato-caoutchouté. A dater de ce jour, injections vaginales avec une solution de sublimé corrosif à 1 1000^e, l'écoulement est presque nul.

15 juillet. — La disparition complète de la tuméfaction permet de constater une atrophie marquée du triceps brachial. Séance quotidienne de massage articulaire et musculaire, mobilisation méthodique de l'articulation raidie et encore un peu douloureuse. Guérison complète dans les premiers jours d'août.

L'examen microscopique n'a révélé aucune micro-organisme dans le liquide retiré de l'articulation. La culture n'en a pas été faite.

OBSERVATION XIV

(In *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, TALAMON, 1878)

Un garçon se présente à l'hôpital avec un gonflement du coude mal circonscrit, s'élevant jusqu'à la partie moyenne du bras et descendant sur la partie supérieure de l'avant-bras. Rougeur peu intense, empâtement mou ; en arrière de l'olécrâne, bosselure fluctuante ; à la partie antérieure, bosselure

analogue offrant une fluctuation manifeste. Mouvements douloureux. Ce garçon avait la gonorrhée depuis trois semaines. Il racontait que le gonflement du coude s'était produit à deux reprises après diminution de l'écoulement, à la suite d'injections au sulfate de zinc. « Il n'en faudrait pas conclure avec le malade, a soin d'ajouter Velpeau, que l'arthrite est causée par la diminution de l'écoulement. » La suppuration s'établit ; des bosselures apparurent autour du coude et on fut obligé de faire deux incisions. Sous la double influence de la compression et de l'immobilité, la suppuration se tarit, et le malade guérit, conservant seulement la raideur du coude.

OBSERVATION XV

(Observation CHARTERIS, auteur anglais, publiée in Thèse PATOIR, Lille 1892-93).

Il y a trois ans, je fus appelé pour voir un client, âgé de 30 ans, et vivant dans un village salubre, situé à cinq mille de Glasgow. Il avait eu un écoulement blennorrhagique pendant deux ans, qui disparaissait de temps en temps, mais qui lui revenait dès qu'il prenait la moindre quantité d'excitants, sous n'importe quelle forme. A part cette blennorrhagie, et l'ennui qu'il en éprouvait, il jouissait de la santé la plus parfaite.

Inquiet cependant, pour se débarrasser complètement de son écoulement, il se résolut à renoncer à tous les stimulants, et il avait gardé ce régime pendant les deux mois qui précédèrent ma visite.

Je le trouvais dans un mauvais état nerveux, beaucoup plus faible que je ne l'avais vu la dernière fois, et présentant sur son avant-bras gauche des traces bien nettes d'érysipèle ; on l'ouvrit. Deux jours après, il se plaignait d'une douleur atroce à l'articulation coxo-fémorale. Il lui semblait qu'on lui ouvrait violemment l'articulation avec une barre de fer chauffée au rouge. La douleur ne fit qu'augmenter pendant quinze jours, quand on commença à sentir un peu de fluctuation. Et huit

jours après, elle était si nette qu'on ne pouvait conserver de doute sur l'existence d'un large abcès.

Le docteur Patterson, un des chirurgiens de l'infirmerie royale, vit le malade avec moi. La fièvre, la cachexie, les sueurs nocturnes profuses et la température élevée, achevèrent de nous convaincre, que nous nous trouvions en face d'une infection purulente. L'abcès fut ouvert avec toutes les précautions antiseptiques et il s'en échappa largement deux pintes d'un pus grisâtre

Le reste de l'observation est sans intérêt pour notre sujet.

OBSERVATION XVI (Résumée)

Dans une deuxième observation du même auteur anglais, il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans admis à l'infirmerie royale le 20 octobre 1875, pour une blennorrhagie. Peu de temps après l'état général du malade s'était pris. Il y avait une température de 100° F (37°8 C). Il souffrait du genou et de la cheville du côté droit; on y observait de la rougeur et du gonflement. L'épaule gauche était également douloureuse, mais il n'y avait ni gonflement ni rougeur.

Au 7 novembre, la douleur de l'épaule gauche est plus intense et augmente à la pression. La cheville et le genou du côté droit sont plus enflés: mais la douleur n'y est pas si forte que dans l'épaule.

Etat général mauvais: température 102 degrés F (38°, 9 C) Pouls à 102. Langue blanche et chargée.

Au 9 novembre, la douleur de l'épaule gauche est encore plus vive; le poids même des couvertures ne peut être supporté. Pouls à 115. Température 102°, 6 F (39°, 2 C).

Depuis trois jours donc, la douleur à l'épaule gauche s'accroissait et au 10 novembre cette épaule est très gonflée, très douloureuse et la fluctuation y est des plus nettes. Température 104° F. (40° C) expliquée par des symptômes révélés par l'auscultation et qui n'intéressent pas notre cas ici.

Au 11 novembre, température à 105° F (40°, 7 C). Fluctuation

molle et étendue dans la région de l'épaule gauche.... Le malade meurt le soir.

A l'autopsie et à l'ouverture de la poche fluctuante, un flot de pus jaune grisâtre s'en échappa.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(In Thèse GACHON Emile, Montpellier 1897-98).

Il s'agit d'une repasseuse de 19 ans, lymphatique, bien portante, ayant eu seulement comme passé pathologique une varioloïde à l'âge de 15 ans.

Depuis une quinzaine de jours, douleurs sourdes et légères dans les mouvements de flexion et d'extension du médius. Ces douleurs sont devenues très vives depuis trois jours ; une tuméfaction s'est produite sur toute la face palmaire du doigt.

Quinze jours après le début des accidents, on constate une tuméfaction limitée à la face palmaire du médius s'étendant sur les deux premières phalanges et à deux centimètres dans la paume de la main. Rougeur, tension, doigt demi-fléchi, fluctuation nette.

La malade a des pertes vaginales abondantes depuis deux ou trois mois. Chemise tachée en jaune verdâtre, mictions accompagnées de cuisson. Gonocoques dans l'écoulement vaginal.

Une incision dans l'axe du doigt est faite à la racine du médius : issue de pus dont des préparations décèlent du gonocoque.

OBSERVATION XVIII.

(Journal des Praticiens, Mars 1897).

MM. R. Mercier et E. Méténier rapportent le cas d'un malade de trente-trois ans qui, quinze jours après le début de sa troisième blennorrhagie, fut atteint de rhumatisme polyarticulaire aigu. Les accidents, ne tardèrent pas à se localiser à l'épaule

gauche et au genou droit, et en même temps la température qui pendant les douze premiers jours, n'avait atteint que deux fois 38° oscilla autour de ce point d'une manière continue. Tandis que l'épaule était frappée d'une arthrite à forme ankylosante, le genou devenait le siège d'un épanchement considérable. La ponction pratiquée au cours de la troisième semaine donna issue à 60 centimètres cubes d'un liquide puriforme et sangui-nolent.

L'examen du pus recueilli par la ponction, pratiqué par la méthode des cultures, montra qu'il était formé par des gono-coques.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(FOURNIER, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1869)

B..., âgé de 30 ans, garçon d'hôtel, entre le 6 octobre 1867 à l'Hôtel-Dieu, service du Professeur Grisolle, suppléé par le professeur Fournier.

Homme assez bien constitué, bonne santé habituelle, aucune maladie antérieure, et notamment jamais de rhumatisme. Ses parents, d'après son dire, ne sont pas rhumatisants.

Cet homme contracte une blennorrhagie le 20 septembre et le 3 octobre il ressentit des douleurs assez vives dans le coude gauche. Ces douleurs s'accrurent rapidement au point d'empêcher tous les mouvements du membre. Elles se calmèrent sous l'influence d'un traitement (bains de vapeur et frictions) pour reparaitre deux jours après en s'accompagnant cette fois de douleurs dans les deux genoux.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 6 octobre : Apyrexie, état général bon. Constatation d'un écoulement urétral. Douleurs vives dans le coude gauche ; mouvements très limités de la jointure. L'avant-bras est à angle droit sur le bras. L'inspection du coude n'indique rien. Au palper, les faces antérieure et postérieure sont presque indolentes, mais la pression sur l'épicondyle et sur les parties avoisinantes est très douloureuse.

En outre, synovite tendineuse du dos de la main droite. Les

jours suivants, la synovite tendineuse de la main droite entré en résolution. Mais l'arthrite du coude empire : la tuméfaction très minime du début est accrue, douleurs très vives soit spontanées, soit surtout éveillées par le moindre mouvement, par la pression la plus légère. Jusqu'ici il n'y a pas eu d'altération de l'état général ni de mouvement fébrile. Dès lors, l'arthrite devient de plus en plus violente : œdème de la région, douleurs très intenses et faisant crier le malade au moindre attouchement. L'état général se prend : appétit diminué, langue un peu saburrale, un peu de fièvre surtout vespérale.

Le malade vient à succomber à une affection intercurrente, la typhoïde. On se trouve alors en mesure de pratiquer l'autopsie. Sans parler des lésions constatées relevant de cette typhoïde qui n'ont aucun intérêt pour notre cas, il est à dire qu'on vit l'articulation du coude pleine de pus, cartilages altérés et détruits sur plusieurs points.

Observons que le doute ne peut pas planer sur la nature de cette arthrite. Les conditions dans lesquelles elle a été observée ont permis à M. Fournier de dire qu'elle ne relevait pas de la fièvre typhoïde, mais qu'elle était imputable à la blennorrhagie seule.

OBSERVATION XX

Dans une observation de Fabre (Thèse de Lyon), il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui, à la suite d'une blennorrhagie contractée deux mois auparavant, ressent des douleurs dans le coude droit. L'articulation est trouvée tuméfiée, les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. (En même temps vulvo-vaginite accompagnée d'urétrite) La ponction du coude donne issue à un liquide louche.

L'auteur conclut que cette arthrite blennorrhagique du coude peut être considérée comme suppurée.

OBSERVATION XXI

Le *Journal des Praticiens* du 10 août 1895, à propos d'un article sur certaines des manifestations de l'infection blennorrhagique rapporte le cas suivant :

« Un soldat en traitement pour un écoulement blennorrhagique est atteint d'une orchite droite pendant douze jours. Six semaines après la résolution de l'orchite, douleur, gonflement, empatement de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et deux jours après de l'articulation de la première phalange du médius avec la seconde. Cinq jours s'écoulent : fluctuation sous-dermique dans les deux doigts. On incise : écoulement de pus, suites bénignes de l'opération. »

OBSERVATION XXII

Dans une observation rapportée par MM. Tollemier et Macaigne (*Annales de dermatologie*, 1893), un homme entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Brissaud.

Il est atteint depuis 15 jours d'une blennorrhagie qui s'était accompagnée dès le 5^e jour d'arthrites des articulations des mains et des coudes et de lymphangite suivant le trajet du tendon extenseur de l'index droit : une synovite de l'index droit passé à la suppuration et guérit très vite.

On pratique une ponction de la synoviale : issue d'un pus blanc, bien lié, épais.

Le pus cultivé sur gélatine, sur gélose et dans le bouillon fournit un microorganisme sur lequel on a tous les caractères du gonocoque.

OBSERVATION XXIII

Dans une observation que nous résumons ici, prise encore dans la Thèse de Kiril T. Ilieff, il s'agit d'une malade de 17 ans, entrée le 8 août 1898 au service de M. le Professeur Spillmann, et descendue le 20 août dans le service chirurgical de M. le Professeur Gross.

De ses antécédents héréditaires, on sait que la mère est morte bacillaire, qu'une sœur est succombée du croup.

Comme antécédents personnels, réglée à 11 ans assez régulièrement, règles suivies de pertes blanches.

Il y a 15 jours, la malade a eu un écoulement blennorrhagique, persistant actuellement. Peu de temps après, la malade a ressenti une vive douleur au genou droit et un gonflement est survenu immédiatement. Deux jours avant elle avait eu des douleurs violentes au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index et du petit doigt gauches. Ces douleurs ont disparu.

Etat actuel. — Malade bien constituée, bien réglée. Genou droit considérablement tuméfié, œdématié. Culs-de-sac distendus; douleurs très vives à l'exploration. Inappétence. Température 39° le soir. Traitement médical inefficace.

20 août. — La ponction exploratrice donne issue à un peu de liquide purulent.

25 août. — Arthrotomie pratiquée par M. le Professeur agrégé André.

A l'ouverture, il s'écoule environ 50 grammes d'un liquide séro-purulent, fortement louche, presque purulent. Lavage..., drainage..., pansement compressif.... Immobilisation sur une attelle de Boeckel..., jambe élevée sur un pupitre.

OBSERVATION XXIV

Dans une autre observation venant de la thèse de Brès et résumée par Ilieff, il est question d'un charretier de 27 ans, atteint d'une arthrite blennorrhagique double du genou, mais chez lequel la prédominance de la douleur sur le genou droit notifie une arthrotomie sur ce côté seulement : il s'écoule une grande quantité de liquide purulent.

OBSERVATION XXV

A la Société de Chirurgie de Lyon (28 février 1907), MM. Nicolas et Durand présentent un malade qui a été atteint en no-

vembre 1906 d'une blennorrhagie, bientôt compliquée d'une arthrite blennorrhagique du genou gauche à type sévère, si douloureuse qu'on fut obligé de pratiquer une ponction articulaire. Celle-ci ramena 100 grammes environ de liquide purulent sans gonocoques... Un mois après, à la sortie de la gouttière plâtrée, on constata une hypertrophie et un gonflement étendus du fémur qui remontaient très haut sur la diaphyse. Ce gonflement simulait bien une lésion osseuse, telle qu'une périostite. Or à la radiographie, l'os paraît absolument normal.

OBSERVATION XXVI

(In Thèse ABEL SOUPLET, Paris 1892-93)

Le cas que Studsgaard a observé à la troisième section de l'hôpital communal de Copenhague, a trait à un jeune homme de 19 ans, reçu le 20 juillet 1877. Il avait contracté une blennorrhagie quatre semaines avant son entrée ; 15 jours plus tard apparut une douleur dans le genou gauche avec un gonflement notable qui s'accrut rapidement. L'écoulement semblait avoir cessé dans les derniers jours avant son admission. Les mouvements du genou, très tuméfié, étaient très limités ; le patient le tenait plié à angle droit et ne ressentait aucune douleur au repos ; il se plaignait en outre de soif et de chaleur, mais pas de maux de tête, ni de douleurs rhumatismales.

On pratiqua la ponction du genou le 21 juillet, et on fit un pansement antiseptique. A la ponction, il s'écoula environ 100 grammes d'un liquide floconneux verdâtre et opaque dans lequel se montraient au microscope des globules de pus.

Après la ponction, les douleurs disparurent, mais pour redoubler bientôt, en s'accompagnant d'une ascension de température. (Avant la ponction, la température était de 39°) Lorsqu'on enleva le pansement, on trouva l'ouverture de la ponction refermée ; et le gonflement était de nouveau très notable.

Sous le chloroforme, on pratiqua, le 24 juillet, des incisions antiseptiques à la face interne et à la face externe de l'articula-

tion ; il en sortit une grande quantité de liquide séro-purulent. Alors la douleur disparut accompagnée d'une chute de température.

Le 29, en changeant le pansement, on ne trouva qu'une sécrétion insignifiante ; pas de collection dans la capsule articulaire.

L'amélioration se fit progressivement, le fonctionnement de la jambe revint très bien ; il ne resta qu'une légère gêne de la motilité.

Voyons maintenant, d'après la lecture de ces observations, quelles sont, aux divers points de vue de l'anatomie-pathologique, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement, les particularités intéressantes des arthrites suppurées à gonocoques.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons aucune donnée anatomo-pathologique microscopique sur nos observations. Seule, l'ouverture de la jointure a permis de montrer des lésions macroscopiques. Le plus souvent, grâce à cette intervention, on a recueilli soit du pus franc et bien lié, soit un liquide séro-purulent.

Nous avons été frappé de trouver signalée dans bon nombre des observations, la présence d'un liquide louche, séro-purulent. Le pus franc est surtout rencontré dans les autopsies, c'est-à-dire dans les cas où on a laissé évoluer la lésion sans pratiquer aucune intervention. Ce pus bien lié a été vu aussi dans les opérations faites tardivement, alors que la jointure était depuis longtemps le siège d'une inflammation et que des fusées purulentes boursoufflant les téguments tendaient à se faire jour spontanément de tous côtés. Mais dans tous les cas où le chirurgien est intervenu

dès qu'il constatait de la fluctuation, on trouve nettement spécifié que la synoviale était remplie d'un liquide louche, séro-purulent, quelquefois teinté de sang et tenant en suspension quelques grumeaux de pus.

L'articulation, une fois débarrassée de ces collections plus ou moins purulentes, laissait voir des surfaces de contact ou saines (c'est le cas rencontré après résection de l'astragale par M. Ollier pour arthrite tibio-tarsienne, obs. VI) ou moins souvent altérées : ces surfaces sont alors privées totalement ou en partie de leurs cartilages articulaires : c'est ainsi que nous voyons dans l'observation IV la tête fémorale abrasée, usée, rongée, privée de son cartilage articulaire et la cavité cotyloïde rouge ; c'est ainsi encore que la lecture de l'observation XIX nous indique que l'articulation du coude du malade avait les cartilages altérés et détruits par places.

Fréquemment, sans aller jusqu'à ces stades d'altération ou de destruction cartilagineuse, le processus lésionnel intéresse les synoviales : celles-ci sont alors rouges, injectées, il y a de la synovite.

Enfin, on peut rencontrer, en outre, des collections péri-articulaires et les ligaments articulaires peuvent participer aux phénomènes destructifs dont la jointure est le siège.

Avant de terminer cette étude anatomo-pathologique, nous croyons intéressant de rapporter une discussion de la Société de Chirurgie de Lyon, en date du 28 février 1907, à propos de deux présentations de malades (Voir notre obs. XXV) :

M. Villard est frappé de la fréquence de la suppuration dans le rhumatisme blennorrhagique. Il a souvent ponctionné ces arthrites à cause des douleurs. Dans ces formes douloureuses, il a toujours retiré du pus. Le gonocoque a un pouvoir pyogène par excellence au niveau des articulations comme ailleurs. La guérison est d'ordinaire beaucoup plus rapide après la ponction qu'après la simple immobilisation. M. Aubert a toujours trouvé du pus dans les arthrites blennorrhagiques, mais jamais de gonocoques. Les recherches anciennes ont été confirmées depuis par beaucoup d'auteurs. M. Bérard a trouvé également du pus, mais jamais de gonocoques dans les arthrites ponctionnées. L'épaississement péri-articulaire autour de ces arthrites est causé d'ordinaire par la tuméfaction des parties molles et non par une hyperostose vraie ; aussi rétrocede-t-elle vite après la guérison de l'arthrite.

Ces auteurs ne spécifient pas la nature du pus, séreux ou bien lié, mais leur discussion fait ressortir la fréquence, plus grande qu'on ne le pense généralement, des arthrites suppurées à gonocoques.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Voyons quels sont les symptômes qui indiquent le passage à la suppuration d'une arthrite blennorrhagique ; nous essayerons ensuite d'interpréter pourquoi cette complication reste dans bon nombre de cas ignorée ou inaperçue.

Une articulation vient-elle à suppurer, immédiatement des phénomènes généraux s'installent. En même temps que le malade souffre localement, un frisson violent le prend. Ce frisson peut être plusieurs fois répété. Une fièvre intense s'allume et la courbe de cette fièvre décrit de grandes oscillations. La langue est sèche, les lèvres, les gencives sont fuligineuses, une soif vive tourmente le malade. Parfois même des troubles gastro-intestinaux compliquent la scène : inappétence, diarrhée. On a aussi relaté l'apparition de phénomènes délirants, tranquilles ou furieux, chez le sujet atteint de forme suppurante, ou bien, au

contraire, c'est de l'insomnie, de la torpeur et finalement anémie, pâleur, perte de forces, en un mot, « cachexie blennorrhagique », selon le terme employé par MM. Gilbert et Brouardel.

Cette extension à l'état général n'exclut pas, bien entendu, l'évolution des symptômes locaux ; le pus s'amasse dans la jointure, des abcès péri-articulaires peuvent compliquer la lésion. La région est douloureuse brusquement, chaude, et le malade est en proie à des lancées articulaires souvent très pénibles : ces douleurs sont même exécrables parfois ; si on laisse les choses aller, le pus arrive à se faire jour, il se forme des ulcérations et il s'écoule un liquide floconneux, mal lié. Auparavant, on a déjà perçu des craquements articulaires, on a noté des mouvements anormaux « indices certains du travail de désorganisation du travail qui s'opère dans la jointure », dit Brun.

Nous ferons remarquer aussi que les phénomènes généraux peuvent manquer ou être sensiblement atténués dans les cas de suppuration modérée. En somme, la symptomatologie ne diffère guère de celle d'une arthrite suppurée de cause quelconque, et nous ne nous y attarderons pas davantage.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Pourquoi maintenant la forme suppurée de l'arthrite blennorrhagique reste-t-elle si souvent méconnue ? Duplay et Brun donnent une explication du peu de fréquence de l'arthrite blennorrhagique ordinaire : un malade, ancien blennorrhagique ou ayant une blennorrhagie mal guérie, vient-il à faire de l'arthrite, il ne songera jamais pour ce à se présenter dans un hôpital de vénériens, comme le Midi ou Lourcine. Il se fera admettre dans un hôpital quelconque, et là, son arthrite sera considérée comme une arthrite traumatique ou une arthrite à frigore, le malade ayant toujours pour expliquer son mal, à invoquer l'action du froid ou de quelque traumatisme. Le chirurgien non prévenu ne recherchera pas la cause qui est la blennorrhagie. Et en outre, ces cas d'arthrite à rapporter à la blennorrhagie échapperont aux médecins des hôpitaux de vénériens qui eux les ramèneraient à leur véritable origine. Telle est, à peu près, la teneur du langage que tiennent Duplay et Brun. (in *Arch. gén. de Médecine*, 1881).

Ne peut-on alors dire que, si dans ces conditions, une arthrite vient à suppurer, cette arthrite ne sera pas cataloguée arthrite suppurée blennorhagique, mais bien suppuration articulaire de cause quelconque, tout autre que la gonococcie. « Il est probable que, si la cause avait toujours été soigneusement recherchée, on aurait trouvé plus souvent la blennorragie à la base des arthrites suppurées dites spontanées », dit Lagrange (in *Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus). On peut ajouter qu'on aurait trouvé aussi cette origine pour ces arthrites spontanées, si on faisait systématiquement l'examen bactériologique des liquides ponctionnés. « Les rhumatismes blennorhagiques seraient certainement plus fréquents, si on savait décèler toujours la blennorragie », écrit Mauclair (in *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet). Voilà donc déjà une raison de ce peu de fréquence, constatée en faveur de la suppuration.

D'autres fois, la suppuration articulaire gonococcique passe pour rare, parce que certains auteurs ne notent à tort comme arthrites purulentes que les observations dans lesquelles le liquide de la jointure était franchement du pus, laissant de côté les cas, dont nous avons fait remarquer la fréquence, où l'on trouvait un liquide plus délié ou séro-purulent. En négligeant ces cas, il nous eut fallu rayer du cadre de notre sujet des observations dans lesquelles on n'a pas recueilli de pus franc, telles par exemple les observations I, VII, VIII, IX, XVIII, qui cependant relatent des faits ayant bien toutes les allures qu'on rencontre dans les arthrites suppurées.

On a encore suspecté comme entachées d'erreur certaines relations de faits dans lesquelles un épanchement purulent retiré d'une articulation ne révélait pas à l'examen la présence du microbe de Neisser. Est-ce à dire qu'il faille nier la nature de ces inflammations articulaires. Nous ne le pensons pas et nous rappellerons simplement que là où le microbe était absent, bien que le sujet fut porteur d'une uréthrite blennorhagique confirmée, on a incriminé les produits toxiques sécrétés par le gonocoque. La toxine suffit-elle pour provoquer dans une jointure la sécrétion d'un liquide séro-purulent? Crée-t-elle simplement dans l'articulation où elle s'accumule un *locus minoris resistentiae* où un micro-organisme banal circulant dans le sang va pouvoir pululer à son aise? Nous manquons de compétence et de faits expérimentaux pour nous permettre autre chose que de poser la question. Mais, dans l'état de nos connaissances, nous pensons que chez un blennorhagien avéré l'apparition dans une articulation de phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus avec épanchement dans la synoviale de liquide séro-purulent peut être diagnostiquée arthrite blennorhagique suppurée et traitée comme telle, même si le gonocoque n'est pas décelé dans le liquide articulaire. Il est évident qu'on aura dû éliminer toute autre cause de suppuration de l'article.

D'ailleurs L. Thérèse écrit In *Gazette des Hôpitaux* 1894 : « Rappelons avec Jacquet que la recherche du microbe de Neisser est des plus laborieuses, étant donnée la très grande difficulté d'en obtenir des cultures et la nécessité de se contenter de l'examen microscop-

pique. Les faits négatifs perdent donc beaucoup de leur importance. »

On lit encore dans Gâchon (Thèse de Montpellier 1898) : « Mais il ne faudrait pas croire cependant que parce que dans le pus d'une inflammation, l'on n'aura pas trouvé le gonocoque, celle-ci ne soit pas forcément de cause blennorrhagique. Nous savons en effet que l'agent spécifique de la chaude-pisse n'est pas toujours commode à déceler dans l'exsudat et il peut s'y trouver en petite quantité. Souvent il faut répéter plusieurs fois l'examen pour finir par l'apercevoir une fois contenu dans l'une des préparations ».

En résumé, sur quels signes baser un diagnostic d'arthrite blennorrhagique suppurée ?

Et d'abord s'agit-il d'une arthrite blennorrhagique ?

Il peut survenir chez un individu sain en apparence, des douleurs articulaires, douleurs qu'on pourra au premier abord traiter comme dépendantes d'une affection rhumatismale. Si cependant on a quelque doute, si l'affection articulaire reste rebelle à la médication spécifique du rhumatisme, si d'autre part on ne relève dans les antécédents du patient aucune tare rhumatismale, il convient de réserver ce diagnostic et de voir ou de chercher à connaître l'origine du mal.

On n'a pas songé jusqu'alors à une des grandes causes d'arthrites, la blennorrhagie. Le malade a gardé le silence de ce côté. C'est alors que voyant l'inefficacité du traitement employé, il faudra diriger son interrogatoire dans ce sens : le patient avouera souvent une blennorrhagie et l'examen local confirmera ses aveux. D'ailleurs le plus souvent une articulation touchée par

le rhumatisme et une atteinte par la blennorrhagie ne présentent pas toutes deux les mêmes allures cliniques. C'est ainsi que le rhumatisme blennorrhagique se cantonne à une seule articulation. Si ce n'est pas, il affecte tout au plus deux ou trois articles, rarement il est poly-articulaire. Le rhumatisme vrai au contraire prend plusieurs jointures, en attaque un grand nombre même.

Quoiqu'il en soit, forme mono-articulaire, forme poly-articulaire même ne doivent pas se confondre avec celle du rhumatisme franc : ici la fluxion rhumatismale est fugace en ce sens qu'elle passe facilement d'une articulation à la voisine sans laisser de traces de sa localisation sur la première ; là au contraire, si l'affection doit se porter sur plusieurs articles, le caractère blennorrhagique se marque par la persistance du mal sur plusieurs jointures à la fois. Différence encore dans l'évolution et dans les lésions : ici bien souvent lésions indélébiles au cœur, mais par contre, là raideurs articulaires, ankyloses mêmes qui ne s'observent pas après une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc.

Parfois cependant des douleurs peuvent être crues d'origine rhumatismale tout en étant dépendantes d'une blennorrhagie. Dans une observation de la thèse de Filippi (Paris 1892-93), il s'agit d'une malade de 23 ans, atteinte d'arthrite de la région médio-tarsienne. Tout au début on a pu croire chez elle à du rhumatisme : sa mère était rhumatisante. La malade en question présentait un souffle cardiaque dont on aurait pu rapporter l'origine à du rhumatisme. Ce n'est que par la suite qu'une blennorrhagie ayant été dépistée, la localisation articulaire fut alors rapportée à la blennorrhagie ; le souffle fut considéré

comme un souffle anorganique anémique. Peut-être, et malgré le seul article pris, fallait-il réserver une certaine part au rhumatisme vrai.

D'autres fois encore si l'arthrite se localise à la région métatarso-phalangienne, on pourra croire à un accès de goutte : le cas que M. le professeur agrégé Hoche a bien voulu nous citer, en est une preuve : l'inefficacité d'un traitement anti-goutteux, la non-présence d'antécédents arthritiques pourront alors donner la clé du diagnostic et diriger l'examen sur la possibilité d'une blennorrhagie.

Voilà des caractères qui nous permettront dans la plus grande partie des cas d'appuyer nos dires en faveur de l'arthrite blennorrhagique.

Quels signes nous laisseront dès lors supposer que nous avons affaire à une forme qui va suppurer ? Tous les signes que nous avons rencontrés peuvent se retrouver chez le malade, mais en plus le passage à la purulence offre quelques particularités : une douleur vive et tout à fait tenace comparable à celle d'une attaque de rhumatisme vrai s'empare rapidement d'une jointure. Cette douleur s'accompagne d'une poussée de température pouvant monter le soir à 39°. Toute la région articulaire est empâtée, très sensible à la moindre pression et cette sensibilité est telle qu'elle provoque chez certains patients des insomnies. L'état général se prend ensuite : le malade passe par des accès alternatifs de frisson et de chaleur. Le sommeil qu'il a perdu, les souffrances qu'il endure, l'inflammation dont son articulation est le siège, maintiennent chez lui une fièvre vespérale surtout assez intense et le font

s'anémier : l'appétit diminue, le manque de forces s'accentue, il va vers une cachexie progressive et si on n'y prend garde deviendra un infecté général. Les phénomènes locaux ne sont pas moins alarmants : le pus s'amasse et se collecte pour se faire jour ensuite et confirmer un diagnostic qu'une ponction exploratrice aura dû pour bien faire, assurer auparavant. C'est alors qu'un examen bactériologique si possible du liquide évacué aura sa raison d'être.

Nous ne saurions trop insister sur l'utilité de cette ponction exploratrice précoce. Il est bien plus fréquent qu'on ne le croit généralement de rencontrer du liquide purulent dans les arthrites blennorhagiques. Tout récemment à la Société de Chirurgie de Lyon, plusieurs auteurs ont insisté sur ce fait dans une discussion que nous avons rapportée au chapitre de l'anatomie pathologique. D'ailleurs cette ponction, qui doit toujours être le dernier mot du diagnostic est en même temps le premier terme du traitement, et nous nous réservons au chapitre de la thérapeutique d'en faire ressortir toute l'importance.

En présence d'une arthrite du genou, on a pu se demander encore si on n'avait pas affaire à de la tuberculose de localisation si fréquente à cet article. L'absence de réaction inflammatoire locale chez la malade de l'observation I et la palpation du genou qui avait laissé sentir un empâtement donnant l'impression de masses fongueuses, avaient fait penser à une tumeur blanche. Mais les antécédents interrogés au point de vue de la tuberculose étaient négatifs, l'auscultation ne révélait rien d'anormal. La rapidité avec laquelle

s'étaient installés les phénomènes articulaires, écartait (à moins d'avoir une forme d'arthrite tuberculeuse aiguë rare), l'idée de tuberculose aussi. On peut de cette façon et par la présence de ces signes éliminer le diagnostic de tumeur blanche.

On l'éliminera quand on aura pris l'habitude de penser toujours à la blennorrhagie et d'en rechercher les traces par l'analyse bactériologique des sécrétions génito-urinaires et du liquide articulaire ponctionné dès qu'on constate sa présence. Il faut savoir que l'arthrite suppurée à gonocoques peut avoir une évolution subaiguë ou même chronique et se présenter avec tous les signes cliniques d'une tumeur blanche. Il faut savoir également que la présence dans une synoviale d'un liquide louche tenant en suspension des grumeaux caséeux n'est pas l'apanage des arthrites tuberculeuses, qu'elle appartient aussi à la blennorrhagie. Il est inutile de faire ressortir toute l'importance de ce diagnostic au point de vue de la thérapeutique : ponction ou simple arthrotomie dans un cas, résection dans l'autre.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

S'il faut réserver au point de vue fonctionnel le pronostic d'une arthrite blennorrhagique quelconque, encore bien plus doit-on considérer celui d'une forme suppurée et être circonspect dans son appréciation. En règle générale on peut dire que la suppuration est un accident grave dans l'évolution rhumatismale blennorrhagique. L'ankylose totale est la terminaison ordinaire de ce processus. Parfois aussi, et l'observation de Lorey (in Progrès Médical de 1874) le montre, un malade peut succomber à de l'infection purulente, surtout si plusieurs articulations sont chez lui le siège de phénomènes de suppuration. Heureusement les modes de traitement que nous avons à notre disposition, l'arthrotomie spécialement peuvent changer du tout au tout ce pronostic. On a vu des guérisons complètes après ouverture et drainage d'une articulation en voie de suppuration telle que le genou (Obs. VII et VIII) ou le

coude (obs. XIII) ou bien guérison avec ankylose (Obs. I). On a noté des cas de guérison presque complète, avec seulement un léger degré de raideur articulaire du genou et un peu d'atrophie du triceps (Obs. XII) à la suite de ponction avec injection de sublimé. On a remarqué par contre après ponction d'une articulation sterno-claviculaire de l'atrophie secondaire des muscles du thorax et de l'épaule (Obs. IX), ou bien guérison avec ankylose (Obs. II). En somme, on a ou on peut avoir de bons résultats surtout avec l'arthrotomie, des résultats aléatoires avec la ponction.

Tout récemment, Bier (L'hyperhémie et son action thérapeutique, 1907) a prôné le traitement des inflammations articulaires au moyen de l'hyperhémie par stase. D'après cet auteur, les bons effets de ce traitement se constateraient rapidement, les douleurs s'apaiseraient, les phénomènes inflammatoires s'atténueraient et en ayant soin d'adjoindre une mobilisation précoce à la stase hyperhémique, on obtiendrait les meilleurs résultats : on éviterait ainsi raideurs et ankylose.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter cette méthode. Aussi nous contentons-nous d'enregistrer les dires de Bier. Au chapitre du traitement nous reviendrons sur ce procédé.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Sans entrer dans des détails sur les moyens de traitement qui s'appliquent aux formes d'arthrite blennorrhagique, nous allons cependant en dire quelques mots, nous réservant de nous étendre un peu plus sur l'intervention de choix au cas de forme purulente, nous voulons nommer l'arthrotomie.

A-t-on affaire à la forme arthralgique, on s'étudiera à atténuer la douleur : le repos sera ordonné au patient, repos le plus complet possible. Toutefois cette prescription ne sera pas trop longtemps exclusive, car il est des arthrites qui s'accommodent de quelques mouvements sagement combinés. Mais encore faut-il que ces mouvements ne soient pas trop fréquemment renouvelés, et ne soient pas faits dans la période aiguë de l'affection. Le malade se trouvera bien aussi de la pose de quelques pointes de feu, de l'emploi encore

d'un liniment calmant à base de salicylate de méthyle ou autre.

Contre la forme hydarthrosique, nous aurons à lutter par une ponction aseptique de l'articulation suivie ou non d'une injection antiseptique.

Sommes-nous en présence d'une arthrite confirmée, il faudra d'abord décongestionner localement ; or un des meilleurs moyens anti-phlogistiques est l'immobilisation : en peu de jours elle fait disparaître l'œdème et le gonflement des parties molles. Les accidents inflammatoires et douloureux ont-ils disparu, on lèvera l'appareil d'immobilisation. Des mouvements méthodiques et gradués pourroient prévenir une ankylose.

Nous avons maintenant un patient chez lequel le diagnostic d'arthrite gonococcique purulent est évident.

Qu'allons-nous faire ?

Il y a là une collection de liquide louche ou purulent : il faut l'évacuer.

La ponction aura peut-être des indications dans les cas non franchement purulents, dans ceux où l'épanchement est séro-purulent. Si en règle, selon l'opinion de Lejars, l'arthrotomie vaut mieux que toute ponction pour vider un épanchement articulaire, pratiquement la ponction peut encore avoir sa raison d'être. Elle sera parfois le premier temps d'une arthrotomie. Toutefois nous croyons que la ponction devra être réservée au diagnostic. A ce point de vue, nous croyons utile d'insister sur la nécessité de faire cette ponction le plus tôt possible. On sait combien fréquent est l'aspect fluxionnaire dans le rhumatisme blennorrhagique.

Tous les tissus articulaires et péri-articulaires sont bien souvent le siège d'un œdème rouge et fluctuant, de sorte qu'on peut croire, en raison de la fièvre, de la douleur et de ces signes physiques, qu'un abcès se prépare alors qu'il ne s'agit que d'une fluxion œdémateuse autant péri-articulaire qu'articulaire. Cette péri-arthrite peut masquer en partie la présence d'un épanchement intra-articulaire. Aussi, dès qu'on a quelque raison d'en soupçonner l'existence, il ne faut pas hésiter à faire une ponction exploratrice. On risquera de faire une ponction blanche ou de ne donner issue qu'à une faible quantité de sérosité ; mais cette intervention proprement faite n'a aucune gravité, et elle évitera de laisser passer inaperçue la présence dans une jointure de liquide louche ou purulent, dont le séjour dans la synoviale est très nuisible à l'articulation. On aura soin de prendre un trocart assez gros pour permettre l'issue éventuelle de quelques grumeaux caséeux, ce qui indiquerait la nécessité d'une arthrotomie. Si on ne voit sortir par le trocart qu'un liquide louche sans flocons purulents, on pourra se contenter de cette simple ponction, suivie en général d'un lavage antiseptique ; si l'amélioration se dessine nettement les jours suivants, cette intervention aura servi à la fois de diagnostic et de traitement.

Ainsi, en faisant systématiquement des ponctions précoces dans les arthrites blennorrhagiques où on soupçonne un épanchement, on arrivera peut-être à éviter l'arthrotomie et on sauvera plus souvent l'avenir fonctionnel de l'articulation si souvent menacée de raideurs désespérantes quand le gonocoque est en cause.

En tous cas, si on a cru pouvoir se contenter d'abord de ce mode de traitement, on devra surveiller attentivement l'état local et l'état général et faire l'arthrotomie à la moindre menace de recrudescence des phénomènes inflammatoires. Quand il s'agit de pus franc, ou de liquide renfermant des flocons de pus, il faut y recourir d'emblée.

La ponction aseptique a donné des résultats, mais nous avons vu au pronostic qu'elle est infidèle, et d'ailleurs il se rencontre des cas où elle est insuffisante. Meilleure alors est l'ouverture et le drainage de l'article en voie de suppuration. Jalaguier cité par Reclus (in Manuel de Pathologie externe Bouilly, Reclus, Peyrot et Kirmisson, 1902) relève 102 cas où l'arthrotomie a été faite pour arthrites suppurées de diverses origines : sur ces 102 cas, il compte 93 guérisons ; l'analyse de 61 de ces cas montra 23 fois un rétablissement complet des mouvements, 17 fois des raideurs articulaires, 21 fois de l'ankylose. Il est vrai de dire que ces cas ne sont pas tous de nature blennorrhagique, mais ce sont tout au moins des cas de suppurations, la tuberculose étant exceptée. Si malgré l'arthrotomie, certains sujets ne retrouvent pas toujours la complète intégrité de leurs jointures, il n'en est pas moins vrai que c'est encore cette opération qui offre le plus de succès. « Toute arthrite suppurée doit être traitée par l'incision, le lavage et le drainage de la jointure. Et cette intervention s'impose d'urgence, non seulement pour couper court aux accidents septiques généraux, mais pour réduire au minimum les désordres locaux et sauver ce qui peut l'être encore de l'avenir fonctionnel

de l'articulation. » (Lejars, Chirurgie d'urgence, 1906.)

Plusieurs procédés d'incision ont été préconisés dans le manuel opératoire de l'arthrotomie. L'arthrite du genou étant de beaucoup la plus fréquente parmi toutes, c'est elle que nous aurons en vue dans les considérations qui vont suivre. Nous nous bornerons d'ailleurs au procédé de la pratique courante.

L'indication d'une arthrotomie étant posée, voici en résumé le manuel opératoire qu'on pourra employer.

La région sera rasée, lavée, convenablement désinfectée. Le chirurgien procédera alors à l'ouverture de l'articulation, en cherchant par ses incisions à donner un facile écoulement à l'épanchement purulent. A cet effet les incisions latérales et postéro-latérales sont à conseiller ; elles doivent être complétées par l'ouverture du cul-de-sac tricipital. On lavera fortement ensuite la cavité articulaire avec une solution antiseptique telle que de l'eau oxygénée qu'on fera pénétrer dans tous les recoins de l'articulation. On placera des tubes à drainage dans la cavité et l'on aura soin que ces drains n'aillent pas jus qu'au contact des surfaces articulaires. On suturera les incisions ne laissant ouverte que la partie qui contient le drain.

Reste maintenant à faire le pansement. Après les soins de propreté d'usage, on entourera la jointure de compresses aseptiques, puis tout le membre inférieur jusqu'au dessus du genou d'une couche de ouate protectrice. On immobilisera ensuite le membre en extension dans une gouttière plâtrée sur laquelle on ménagera des ouvertures correspondantes aux incisions

faites. Il sera mieux même d'employer un autre mode d'immobilisation que le plâtre, l'attelle de Bœckel par exemple. On aura ainsi un appareil qu'on pourra lever à volonté pour les pansements ultérieurs.

Quelques opérateurs, Kauffmann et Jalaguier entre autres conseillent l'immobilisation en légère flexion de façon à favoriser l'écoulement des sécrétions de la synoviale.

Le premier pansement sera fait environ 5 à 6 jours après l'intervention et renouvelé tous les trois à quatre jours. D'ailleurs il n'y a ici aucune règle précise. L'état du malade est le meilleur guide à suivre : il va sans dire que si la température est élevée, si l'état général s'altère et si la souffrance est grande, il faut chercher s'il n'y a pas de rétention de pus, de nouvelles fusées purulentes en formation. Dans le cas contraire, on espacera les pansements, on raccourcira les drains, on les supprimera ensuite pour en arriver enfin à lever l'appareil.

La question du drainage mérite d'être discutée avec quelques détails. Est-il nécessaire de drainer toujours, et quelle que soit la nature du liquide épanché : pus ou sérosité louche.

Dans le premier cas, le drainage doit être la règle. Il n'en est pas de même dans ces cas où un liquide séro-purulent emplit la jointure et où la simple ponction suivie ou non de lavage antiseptique pourra suffire.

On tend aujourd'hui à remplacer la ponction par une arthrotomie dont la gravité n'est pas plus grande dès qu'on est aseptique et qui paraît bien préférable

pour se rendre compte de l'état des surfaces articulaires, laver soigneusement la synoviale dans tous ses diverticules et évacuer tous les flocons caséeux trop gros pour passer par un trocart. Mais on peut se demander s'il ne suffirait pas de panser ensuite à plat cette articulation largement désinfectée, dans laquelle des tubes à drainage pourraient favoriser la formation d'adhérences et de brides, c'est-à-dire l'ankylose et même servir d'appel à des infections secondaires? Il sera toujours temps d'établir le drainage dans les jours suivants si l'amélioration n'est pas manifeste et si l'épanchement se reforme. L'efficacité de la simple arthrotomie sans drainage paraît démontrée par les observations XIII et XXVI.

Même dans le cas de suppuration franche, il serait permis de tenter la suppression rapide du drainage, à la condition de soumettre le malade à une surveillance rigoureuse. On pourrait espérer un retour plus prompt et plus complet des mouvements. Il ne faut cependant pas en étendre démesurément les indications.

Une mobilisation aussi précoce que possible sera la suite de ce traitement; encore cependant la mobilisation doit-elle pour être faite efficacement et sans dangers, ne s'opérer qu'après que toute inflammation aura disparu, sinon les efforts réalisés ainsi pour lutter contre l'ankylose pourraient bien amener une recrudescence de l'irritation articulaire. On pratiquera sur la jointure des massages, on l'entourera de compresses chaudes, de cataplasmes, de sable chaud, bons moyens pour éviter aussi les raideurs et l'ankylose.

Telle est dans ses grandes lignes la conduite qu'il faut tenir.

Enfin dans des cas particulièrement défavorables, on pourra être contraint de recourir, rarement à la résection, comme le dit Ollier, quelquefois à l'amputation pour sauver la vie du malade.

Depuis quelques années, un Chirurgien allemand Bier, a préconisé une nouvelle méthode de traitement applicable entr'autres cas aux affections articulaires aiguës, dont voici le principe. Bier s'est proposé en congestionnant, en hyperhémiant une région, d'amener sur elle une phagocytose plus intense, et par ce fait de favoriser là un pouvoir microbicide plus grand. Pour ce faire, il a provoqué l'hyperhémie par trois sortes de moyens : ou par la bande élastique, ou avec les ventouses sèches, ou encore par l'air chaud. L'emploi de la bande élastique est un des plus réalisables : C'est au-dessus de l'articulation qu'on désire hyperhémier qu'on placera une bande élastique modérément serrée pour que les artères profondes ne soient pas comprimées, assez cependant pour empêcher le cours du sang de remonter par les veines au-dessus du lien élastique. On produit ainsi une hyperhémie par stase veineuse. On observe, d'après Bier, un apaisement des douleurs, une diminution de la fièvre.

De plus « généralement, l'hyperhémie par stase fait disparaître très rapidement la suppuration ». Le procédé « rétablit le fonctionnement des organes malades d'une façon beaucoup plus complète que nous ne pouvions l'espérer jusqu'à présent ».

Ailleurs, Bier écrit : « L'hyperhémie par stase com-

binée avec une mobilisation précoce, nous a toujours permis d'obtenir, même dans les arthrites purulentes les plus graves, le rétablissement fonctionnel complet sans la plus petite restriction ». Tels sont les avantages que Bier indique pour sa méthode.

Et parlant plus spécialement des arthrites blennorhagiques, il ajoute : « Parmi les inflammations articulaires qui sont susceptibles du traitement par la stase hyperhémique, nous mentionnerons en premier lieu les arthrites blennorhagiques. J'ai traité par ce procédé les formes les plus diverses de ces inflammations et nous avons obtenu les meilleurs résultats dans des cas où jusqu'à présent il nous manquait un moyen de traitement, par exemple dans ces formes très dangereuses désignées par Kœnig sous le nom d'arthrites phlegmoneuses, qui aboutissent généralement à l'ankylose, tout au moins à des raideurs très accentuées. On sait que dans ces cas caractérisés par la violence des douleurs, non seulement les articulations sont intéressées, mais aussi les tissus voisins... »

Cependant cet auteur ne fait pas de la stase hyperhémique le traitement exclusif de ces formes graves, et ne veut pas par principe conserver le pus dans les arthrites aiguës. Si l'hyperhémie par stase est en défaut, il conseille les opérations sanglantes et les ponctions et les a faites lui-même dans certains cas. Toujours est-il que selon lui, dans ces cas même, il faudra éviter le plus possible pour l'articulation qui est un mécanisme délicat le drainage et le tamponnement et c'est une raison de plus, pour Bier, à proposer l'hyperhémie par

stase, pour éviter une altération du fonctionnement de la jointure.

Voilà indiquée une méthode qui devait trouver place à ce chapitre. Mais ajoutons que nous ne pouvons partager l'enthousiasme de Bier pour un procédé qui n'a pas encore fait suffisamment ses preuves.

CONCLUSIONS

La fréquence de l'arthrite blennorrhagique suppurée est plus grande qu'on ne le pense généralement.

L'articulation renferme quelquefois du pus franc, souvent un liquide louche.

La symptomatologie est celle de toute arthrite suppurée. Il est une forme à évolution lente, subaiguë, qui peut en imposer pour une arthrite tuberculeuse.

Il est très important chez un blennorrhagien avéré de ponctionner systématiquement et hâtivement toute articulation dans laquelle on soupçonne un épanchement. On pourra ainsi faire le diagnostic précoce de l'arthrite suppurée à gonocoques.

L'arthrite blennorrhagique suppurée est une affection grave qui le plus souvent aboutit à l'ankylose.

Quant au traitement, la ponction avec ou sans lavage de l'articulation est quelquefois suffisante, lorsqu'il s'agit d'un épanchement séreux ou séro-purulent.

L'arthrotomie avec ou sans drainage reste le traitement de choix chaque fois qu'on aura constaté la présence du pus dans l'articulation.

Judicieusement employées, ces méthodes ont été suivies parfois d'un résultat fonctionnel favorable.

Vu :
Nancy, le 20 Février 1908.
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
GROSS.

Vu :
Nancy, le 20 Février 1908.
LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 22 Février 1908.
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAUCHET. — Bull. Soc. Chir., 1862 (tôme II, page 320).
- BOINET. — Gaz. des hôp., 16 mai 1899.
- BRANDES. — Arch. gén. de médecine, septembre 1854 (Vol. II).
- BRÈS. — Th. de Paris, 1897-98.
- BRUN. — Th. de Paris, 1881.
- BOUSQUET. — Bull. Soc. Chir., 1885, page 697.
- BIER. — L'hyperthémie en thérapeutique, 1907.
- Bull. de la Soc. de Chir de Lyon, 28 février 1907.
- CHOTIER. — Th. de Paris, 1884.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, 1896.
- DUPLAY et BRUN. — Arch. gén. de médecine, 1881 (Vol. I, p 541).
- DIEULAFOY. — Manuel de Pat. Int., 1901 (tôme IV).
- ELOY (Ch). — Journal des Praticiens, 1895 : Quelques manifestations de l'infection blennorrhagique.
- FABRE. — Th. de Lyon, 1899-1900.
- FILIPPI. — Th. de Paris, 1892-93.
- FOUCART. — Gaz. des Hôp., 23 avril 1846.
- FOURNIER. — Annales de dermat. et de syphilig., 1869
- GACHON. — Th. de Montpellier, 1897-98.
- GAUTHIER (Ch. Laurent). — Th. de Lyon, 1901-02.
- GILBERT et BROUARDEL. — Traité de Médecine, 1903.
- GRIES. — Th. de Paris, 1875.
- JOUIS (C.-C.-M.). — Th. de Paris, 1890-91.

- KIRIL (T.). Ilieff, Th. Nancy, 1899-1900.
LANGLOIS. — Th. de Paris, 1897-98.
DE LAPERSONNE. — Th. agrég., Paris, 1885-86.
LASSALLE. — Nouveau Montpellier médical, 1894.
LEJARS. — Chirurgie d'Urgence, 5^e édition, 1906.
LOREY. — Progrès Médical du 14 nov. 1874.
R. MERCIER et E. MÉTÉNIER. — Arthrite blennorrhagique à gonocoques, Journal des Praticiens, 1897.
MURAT. — Th., Bordeaux, 1895-96.
PARIZEAU. — Th. de Paris, 1895-96.
PATOIR. — Th. de Lille, 1892-93.
PERCHET. — Th. de Paris, 1887-88.
RENÉ — Th., Strasbourg, 1865.
RENDU. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris (bull. et mém. de la), 24 mars 1893.
RICORD. — Gaz. des Hôp., 29 août 1848.
SCHWARTZ. — De l'arthrotomie dans les cas d'arthrites suppurées. Journal des Praticiens, 1888.
ABEL SOUPLET — Th. de Paris, 1892-93.
TALAMON. — Revue mens. de Méd. et de Chir., 1878.
L. THÉRÈSE. — Gaz. des Hôp., 31 mars 1894.
THIBAUDET. — Th. de Lyon, 1894-95.
TOLLEMER et MACAIGNE. — Annales de dermat., 1893, page 1335.
VÆLKER. — Th. de Paris, 1868.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.	5
CHAPITRE I. — Aperçu historique	9
— II. — Généralités.	15
— III. — Observations	19
— IV. — Anatomie pathologique.	55
— V. — Symptomatologie	59
— VI. — Diagnostic.	61
— VII. — Pronostic.	69
— VIII. — Traitement	71
CONCLUSIONS.	81
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	83
